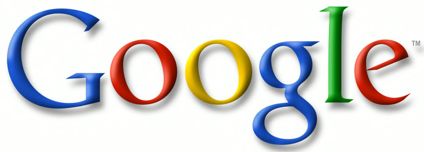

Google



Aerztliche Sachverständigen-Zeitung





Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ

für die gesammte

Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben

von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Jahrgang 1900.



Berlin 1900.
Verlag von Richard Schoetz.
Luisenstrasse 36.

Sachregister.

(Die fettgedruckten Zahlen bezeichnen Original-Artikel.)

Autorenregister.

(Die fettgedruckten Zahlen bezeichnen Original-Artikel.)

Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin SW., Gneisenaustr. 99. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 1. Ausgegeben am 1. Januar.

Inhalt:

Die Aufgaben des Schularztes.

Von
Dr. **Martin Kirchner**,
Geh. Medizinalrath und Professor.

Seit Pappenheim zum ersten Male die Forderung einer ärztlichen Schulaufsicht stellte (1859), vergingen noch 36 Jahre, ehe es zur ersten Anstellung von Schulärzten in Deutschland, und zwar in Wiesbaden (1895) kam. Mehr als ein Menschenalter, reich an Kämpfen und Missverständnissen schmerzlichster Art, musste vergehen, ehe dieser, dem Hygieniker selbstverständliche Gedanke in die Praxis übersetzt werden konnte. Heut, wo wir am Abschluss dieser Entwickelung stehen, und die ärztliche Schulaufsicht sich bereits in mehreren deutschen Städten erprobt hat, heut, wo wir hoffen dürfen, bald in allen grösseren Städten Schulärzte in Thätigkeit zu sehen, können wir es uns versagen, auf die Zeit des Zweifels und der Kämpfe näher einzugehen. Für den Freund der Schule und der Jugend, der beide in Blüthe und Frische sehen möchte, ist es heut wichtiger, zu prüfen, wie die schulärztliche Thätigkeit gestaltet werden muss, damit sie den von ihr erhofften Nutzen voll ausüben, damit dieses in das Uhrwerk der Schule neu eingesetzte Rad ohne Reibungen in Wirksamkeit treten kann.

Denn darüber darf man sich keiner Täuschung hingeben, dass die Frage des Schularztes auch dort, wo es zur Anstellung von Schulärzten bereits gekommen ist, sich noch immer im Stadium des Versuches befindet, des Versuches, den die Gegner der Einrichtung mit kritischem Auge beobachten, um bei erster passender Gelegenheit ihre Schwächen aufzudecken und womöglich die ganze Einrichtung wieder rückgängig zu machen Ist es doch bekanntlich viel leichter, Freunde zu gewinnen, als sich dieselben zu erhalten; eine Stellung zu erobern, als sie siegreich zu behaupten. Und ist es doch viel verhängnissvoller für eine Neuerung, wenn sie nach einer Prüfung wieder aufgegeben werden muss, als wenn es mit ihr garnicht zu einer Prüfung kommt. Denn in letzterem Falle bleibt immer noch die Hoffnung, dass ein künftiger Versuch gelingen wird, während im ersten Falle meist alles verloren ist.

Gerade im Anfang muss daher besonders sorgfältig Alles vermieden werden, was die Einrichtung des Schularztes in Misskredit bringen kann. Dazu gehört Dreierlei: erstens eine wohlüberlegte Abgrenzung der schulärztlichen Aufgaben; zweitens eine gründliche Unterweisung der Aerzte sowohl als auch der Lehrer in der Schulgesundheitspflege; endlich drittens eine sorgfältige Auswahl der zum Schularzt wirklich geeigneten Persönlichkeiten.

Die bekannte Reclam'sche These (1869) verlangte, dass in jeder Schulbehörde (Schulvorstand, Schulkommission), welche die Aufsicht des Staates über die Schulen einer Gemeinde ausübt, sowie in jeder höheren Schulbehörde einer Provinz

oder eines Staates unter ihren Mitgliedern ein Arzt sein sollte, welcher die gleichen Rechte wie die übrigen Mitglieder besitzen und an allen Sitzungen, Berathungen und Abstimmungen theilnehmen sollte.

Dies war sowohl zu viel als zu wenig; zu viel, als es ja zweifellos weder im Interesse der Schule noch des Schularztes selbst liegen kann, wenn letzterer das Recht bezw. die Pflicht hat, an allen Sitzungen u. s. w. der Schulbehörde theilzunehmen; es genügte doch wohl, dass sich dieses Recht auf diejenigen Sitzungen beschränkte, in denen Fragen der Schulgesundheitspflege zur Erörterung stehen; zu wenig, als in dieser These von einer praktischen Thätigkeit des Schularztes, von einer Beaufsichtigung der Schuleinrichtungen und einer Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schüler keine Rede ist.

Sehr viel klarer, aber auch sehr viel fragwürdiger waren die Thesen, welche H. Cohn auf dem IV. Internationalen Kongress für Hygiene nnd Demographie in Genf 1882 aufstellte. Auch er forderte für den Schularzt Sitz und Stimme im Schulvorstande, gab aber ausserdem eine genaue Aufstellung der schulärztlichen Pflichten. Cohn wünschte, dass der Schularzt bei Neubauten den Bauplatz und Bauplan hygienisch begutachten und den Neubau hygienisch überwachen, — bei Beginn jeden Semesters in jeder Klasse alle Kinder messen und setzen — alljährlich die Refraktion der Augen jedes Schulkindes bestimmen, — die Schülerzahl in den einzelnen Klassen bestimmen, schlechtes Schulmobiliar und Lehrmaterial entfernen, — mindestens monatlich einmal die Klassenzimmer während des Unterrichts besuchen und besonders auf die Beleuchtung, Lüftung und Heizung der Räume, sowie auf die Haltung der Kinder achten, — bei der Aufstellung des Lehrplanes mitwirken, — die Bekämpfung ansteckender Erkrankungen von Schulkindern leiten und die von ihm über die Veränderungen der Augen bei den Schülern geführten Journale alljährlich einreichen sollte.

Diese Abgrenzung der Aufgaben des Schularztes erregte lebhafte Misstimmung in Lehrerkreisen; nicht mit Unrecht, denn war schon ihre Form wenig conciliant, so schoss ihr Inhalt unzweifellos über das Ziel hinaus.

Einerseits soll nach H. Cohn jeder praktische Arzt von dem Schulvorstande als Schularzt gewählt werden können, was gewiss keine genügende Gewähr für die Geeignetheit der Persönlichkeit zu diesem verantwortungsvollen Amte bietet, da wir vom Schularzt nicht nur grossen persönlichen Takt, sondern auch ein nicht gewöhnliches Maass von schulhygienischen Kenntnissen verlangen müssen.

Andererseits will Cohn diesem Schularzt eine diktatorische Gewalt beigelegt wissen: „seine hygienischen Anordnungen müssen ausgeführt werden;“ „seinen Anordnungen betreffs der Zahl, Lage und Grösse der Fenster, der Heiz- und Ventilationseinrichtungen, der Klosette, sowie der Subsellien muss Folge gegeben werden;“ er „hat die Pflicht, in Zimmern, welche dunkle Plätze haben, die Zahl der Schüler zu beschränken, ferner Schulmobiliar, welches den Schüler zum Krummsitzen zwingt, und Schulbücher, welche schlecht gedruckt sind, zu entfernen.“

Derartige exorbitante Forderungen, welche den Schularzt zum unumschränkten Gebieter machen, kann man denselben Vorwurf nicht ersparen, der von Seiten der Lehrer nicht mit Unrecht gegen eine Reihe aus ärztlicher Feder stammender Schriften über Schulhygiene erhoben worden ist, dass sie über das Ziel hinausschiessen und eine zweckmässige Abgrenzung zwischen den Rechten des Lehrers und des Arztes nicht ermöglichen. Wie viel mehr hätte schon C. J. Lorinser mit seinem 1836 erschienenen Aufsatze „Zum Schutz der Gesundheit in den Schulen“ erreicht, wieviel eher hätten seine ärztlichen Nachfolger im Streit um die Schulhygiene ihr schönes Ziel erreicht, wenn sie sich strenger an das Erreichbare gehalten und mehr Werth darauf gelegt hätten, die Lehrerwelt für die Interessen der Schulhygiene zu gewinnen, anstatt durch rückhaltlose Aufdeckung der Schäden der Schule gleich alles auf einmal erreichen zu wollen.

Es soll ihnen aus diesem Eifer kein Vorwurf gemacht werden; er wird auch nicht im Stande sein, ihr Verdienst um die gute Sache zu schmälern. Aber wie gross dieses auch ist, und wieviel namentlich auch H. Cohn für die Förderung der Schulgesundheitspflege gethan hat, so wenig darf man doch verschweigen, dass alle übertriebenen, und daher auch Cohn's Forderungen die Erreichung des Zieles verzögert und die Beseitigung der Widerstände gegen die Einführung des Schularztes erschwert haben, wie jeder zugeben wird, der sich der goldenen Mahnung: „Fortiter in re, suaviter in modo“ erinnert.

Eine hygienische Beurtheilung des Bauplatzes und Bauplanes von Schul-Neubauten durch einen Arzt ist zweifellos erforderlich. Ob hierzu aber der Schularzt, als welcher nach Cohn jeder Arzt angestellt werden können soll, die geeignete Persönlichkeit ist, muss billig bezweifelt werden. In Preussen müssen seit einer Reihe von Jahren die Baupläne von Schulgebäuden dem Kreisphysikus zur Begutachtung vorgelegt werden, ebenso ist in Hessen seit 1884 der Kreisarzt die hiermit beauftragte ärztliche Instanz. In Frankfurt a. M. sorgt seit Jahren der hochverdiente Stadtarzt für eine Berücksichtigung der schulhygienischen Forderungen bei Schulbauten. Ueberall aber, wo eine Mitwirkung des Arztes bei diesen Bauten stattfindet, sind es die beamteten Aerzte, die dazu herangezogen werden — mit Recht, da man bei ihnen in erster Linie dasjenige Maass von Sachkenntniss, Erfahrung und Objektivität voraussetzen kann, welches zu einer fruchtbaren Beurtheilung so wichtiger Dinge unerlässlich ist. —

Auch die Forderung, dass der Schularzt bei der Aufstellung der Lehrpläne zugezogen werden soll, damit Ueberbürdung vermieden werde, hat in Lehrerkreisen mit Recht verstimmt. Das Studium der Gesetze der geistigen Arbeit und der Ermüdung ist zwar in erster Linie ein physiologisches. Aber die diesbezüglichen Versuche der letzten Jahre, deren Methoden allerdings von hervorragenden Aerzten angegeben worden sind, wurden der Mehrzahl nach von hygienisch durchgebildeten Lehrern ausgeführt, denen man die Vorbildung und die Befähigung dazu auch nicht wird absprechen können. Sie bringen ausserdem zu diesem Versuche noch etwas mit, was der Mehrzahl der Aerzte nothwendig fehlen muss, die Kenntniss der pädagogischen Wirkungen der einzelnen Lehrgegenstände und die Bekanntschaft mit der Begabung, dem Fleiss und dem sonstigen individuellen Verhalten des einzelnen Schülers. Ohne eine solche wird die Aufstellung der Lehrpläne in Gefahr gerathen, allzu sehr theoretischen Erwägungen Rechnung zu tragen und zu schablonisiren, anstatt zu individualisiren.

Hygienisch denkende Lehrer haben begreiflicher Weise den Ehrgeiz, sich auch selbst hygienisch bethätigen zu dürfen. Man sollte diesen Ehrgeiz sich im Interesse der Sache zu Nutze machen und die Lehrer mit Allem betrauen, wozu nicht unbedingt ein Arzt erforderlich ist. Dass ein Arzt dazu erforderlich sein sollte, alle Schüler halbjährlich zu messen und an ihrer Grösse entsprechende Subsellien zu plaziren, wie Cohn verlangte, ist nicht einzusehen. Das kann ein hygienisch gebildeter Lehrer eben so gut und mit einem bedeutend geringeren Zeitaufwand und einer geringeren Störung des Unterrichts ausführen, wenn der Schularzt ihn überwacht.

Nach Cohn's ursprünglichen Forderungen sollte auf nicht mehr als 1000 Schulkinder ein Schularzt kommen. Bei den Aufgaben, die er dem Schularzt zuwies, ist man versucht, auch diese Zahl noch als zu hoch anzusehen. Allein es ist

kaum zu bezweifeln, dass ein derartig beschäftigter Schularzt bald sich höchst unbefriedigt fühlen und durch die nicht ausbleibenden Reibungen mit Lehrern und Eltern zum grössten Theile lahmgelegt werden würde.

Gegenüber diesem Zuviel begegnen wir in Schriften, welche aus der Feder von Lehrern stammen, vielfach einem Zuwenig.

So erkennt H. Suck in einem 1899 erschienenen Aufsatz über „die gesundheitliche Ueberwachung der Schulen" rückhaltlos an, „dass die hygienische Beaufsichtigung der Schulen einer Verstärkung bedarf, und eine solche ist ohne Mithilfe des Arztes nicht durchführbar", aber er führt aus, dass eigentlich Alles, was man dem Schularzt zuzuweisen pflegt — regelmässige Besichtigungen der Schule, Hinweis der Lehrer auf Befolgung hygienischer Regeln, sanitäre Ueberwachung der Schüler, Untersuchung ihrer Sinnesorgane, — theils nicht durchführbar, theils überflüssig ist, und überweist dem Schularzt lediglich eine Kontrole der von dem Lehrer zu führenden Gesundheitslisten und eine an diese sich anknüpfende Rathsertheilung.

Mit einem solchen Schularzt wäre nichts anzufangen.

Was hygienisch denkende Schulleiter und Lehrer ohne Mitwirkung des Arztes leisten können, wenn sie bei allen ihren pädagogischen Massnahmen deren Wirkung auf die Gesundheit der Schüler berücksichtigen, sehen wir mit Genugthuung aus B. Schwalbe's „schulhygienischen Fragen uud Mittheilungen" (Berlin 1898). Sehr beherzigenswerth sagt er dort: „Die Lehrer sind nicht bloss für die geistige Entwickelung, sondern auch für die körperliche Wohlfahrt des Schülers während der Zeitdauer des Aufenthalts im Schulhause verantwortlich". Allein der folgende Satz: „Sie können durch fortwährende Ueberwachung des Gesundheitszustandes und etwaiger besonderer Massregeln (Desinfektion, Spülung der Aborte, Beachtung der Myopen und Schwerhörigen etc.) viel mehr thun, als ein monatlich nur einmal erscheinender Arzt", ist schon weniger einwandsfrei. Er zeugt doch von einer Unterschätzung des Blickes eines erfahrenen Hygienikers, der bei einem einmaligen Durchwandern einer Lehranstalt am Gebäude, den Schuleinrichtungen und den Schülern selbst mehr sieht, als der noch so sehr für Schulgesundheitspflege interessirte Lehrer.

So wenig es zu billigen ist, dass dem Schularzt Kompetenzen übertragen werden, welche über das rein ärztliche und hygienische Gebiet hinausgehen, so sehr ist auch davor zu warnen, dem Lehrer einen allzu grossen Einfluss auf eigentlich hygienische Fragen zu gewähren.

Dass der Lehrer nach seiner Vorbildung und Leistungsfähigkeit durchaus in der Lage ist, schulhygienische Fragen zu begreifen und unter Umständen sogar selbstthätig mit zu bearbeiten, wurde bereits zugegeben. Dass er bei ihrer praktischen Durchführung aber der thatkräftigen Mitwirkung hygienisch durchgebildeter Schulärzte auf die Dauer sollte entrathen können, das ist ein Irrthum, welcher nicht nachdrücklich genug zurückgewiesen werden kann.

Wer ein Instrument spielt, weiss aus Erfahrung, dass die Reinheit seines Klanges sehr von der Behandlung abhängt, welche es von Seiten des Spielers erfährt, und dass auch bei sorgfältigster Behandlung unter dem Einfluss der Wärme und Feuchtigkeit verschiedenartige Dehnungen der Saiten stattfinden, welche von Zeit zu Zeit eine Besichtigung durch den Instrumentenmacher und ein Stimmen erforderlich machen. Nun, auch der Mensch ist ein Instrument, aber ein viel komplizirteres und namentlich in der Zeit des schulpflichtigen Alters äusseren Einflüssen viel stärker ausgesetztes Instrument, als ein todtes Werk der Technik auch bei höchster Kunstvollendung jemals sein kann. Zur Beurtheilung der Einwirkung äusserer Einflüsse auf den Körper und Geist des wachsenden Menschen ist ein Mass anatomischer, physiologischer und hygienischer Kenntnisse erforderlich, wie es nur der Arzt durch ein langjähriges Studium und eine gründliche, praktische Erfahrung, niemals aber ein Lehrer auch in mehreren schulhygienischen Kursen sich erwerben kann.

Der in Lehrerkreisen früher so oft geäusserte und noch jetzt zuweilen auftretende Gedanke, dass der Lehrer durch den Schularzt depossedirt werden soll, sollte doch endlich schwinden und der Ueberzeugung Platz machen, dass eine massvoll ausgeübte schulärztliche Aufsicht den Lehrer in seinem schwierigen und verantwortungsvollen Amte nur fördern und ihn in die Lage setzen kann, sein hohes Ziel leichter, sicherer und früher, vor Allem aber ohne Schädigung der Gesundheit der Schüler zu erreichen. Auch das sollten die Lehrer endlich einsehen, dass eine sorgfältige Durchführung der schulhygienischen Vorschriften in erster Linie im Interesse der Lehrer selbst liegen muss, da dieser an Arbeit und Verantwortung reiche Stand um so leichter seine Aufgabe erfüllen und um so länger ohne eigene Gesundheitsschädigung arbeiten wird, je besser die Einrichtungen in seiner Schule sind.

Auf dem XXV. Deutschen Aerztetage (1897) vereinigten sich ein Arzt, Professor Thiersch-Leipzig und ein Schulmann, Direktor Dettweiler-Darmstadt, zu folgenden Thesen: „1. Die Mitwirkung der Aerzte zur Lösung schulhygienischer Fragen ist nothwendig. — 2. Den beamteten Aerzten ist überall die Begutachtung von Schulbauplänen, sowie die hygienische Aufsicht über Schulgebäude zu übertragen. — 3. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die Einrichtung offizieller Schulärzte in Anlehnung an die Funktionen der beamteten Aerzte für Volksschulen grosser Städte zu empfehlen. Die Thätigkeit solcher Aerzte hat sich, unbeschadet der Befugniss der beamteten Aerzte, zu erstrecken auf die Hygiene der Schulgebäude und der Schulkinder. — 4. Die Regelung der Hygiene des Unterrichts einschliesslich der Frage der Ueberbürdung erfolgt durch die obere Schulbehörde, der ein Arzt als ständiges Mitglied angehört. — 5. Die bisherigen Forschungen über Ermüdung an Schulkindern haben noch nicht zu einem abgeschlossenen Urtheil hinsichtlich ihrer praktischen Verwerthbarkeit für die Schule geführt. Zur weiteren Förderung dieser Frage empfehlen sich fortgesetzte, gemeinsam von Aerzten und Schulmännern auszuführende Versuche, denen überall die thatsächlichen Verhältnisse des Unterrichts zu Grunde zu legen sind. — 6. Es ist dringend wünschenswerth, dass die Lehrer aller Schulgattungen, insbesondere die Leiter, sich die Grundsätze der Schulhygiene aneignen, um deren praktische Durchführung zu sichern."

Eine genauere Betrachtung dieser Thesen zeigt, dass sie der Schularztfrage nicht voll gerecht werden. Von der ganzen Einrichtung der Schulärzte ist darin nur an einer Stelle, fast beiläufig, die Rede, sie soll sich nur für Volksschulen grosser Städte empfehlen, und auch hier soll sie sich nur auf die Hygiene der Schulgebäude und Schulkinder erstrecken. Man fragt sich sofort, wo bleiben denn die höheren Schulen, und weshalb soll der Arzt bei der Beurtheilung der Lehrmittel und des Unterrichtsplanes nicht mitzureden haben?

Hier kann Verfasser eine Bemerkung nicht unterdrücken, welche ihm die Herren Lehrer nicht verübeln wollen. Früher waren die Lehrer einig in der Abweisung aller schulärztlichen Einflüsse. Jetzt geben sie dieselben im Allgemeinen als berechtigt oder sogar als wünschenswerth zu; aber die Lehrer an höheren Lehranstalten lassen die Berechtigung dieses Einflusses nur für Volksschulen zu, während die Elementarlehrer sie auf höhere Lehranstalten beschränkt wissen wollen. Beweis für die erstere Behauptung sind Männer wie Burgerstein, Dettweiler, Schwalbe u. A., Beweis für die letztere

Männer wie die Stadtschulräthe Bertram in Berlin, Wehrhahn in Hannover u. A.

Mit Recht nahm der Deutsche Aerztetag statt der von Thiersch und Dettweiler aufgestellten eine einzige These von folgendem Wortlaut an: „Die bisherigen Erfahrungen lassen die Einsetzung von Schulärzten allgemein als dringend erforderlich erscheinen. Die Thätigkeit dieser Aerzte hat sich ebensowohl auf die Hygiene der Schulräume und Schulkinder, wie auf eine sachverständige Mitwirkung hinsichtlich der Hygiene des Unterrichts zu erstrecken."

Geh. Obermedizinalrath Schmidtmann („Der Schularzt in Wiesbaden 1898") bezeichnet in seinen einleitenden Bemerkungen zu seinem Reisebericht, den er in Gemeinschaft mit dem Geh. Oberregierungsrath Brandi über ihre im Auftrage des Kultusministers unternommene Reise nach Wiesbaden an den Minister erstattete, die Verpflichtung zu einem behördlichen Eingreifen bei höheren Schulen als zunächst nicht so naheliegend wie bei den Volksschulen, hebt aber nach seinen Beobachtungen in Wiesbaden hervor, dass sich die Einrichtung des Schularztes dort bewährt hat, und empfiehlt seine Einführung in anderen Städten und demnächst auch in ländlichen Orten. Und dies ist sehr richtig, denn gerade auf dem Lande liegen die schulhygienischen Einrichtungen, wie die Arbeiten von Berger, Solbrich u. A. zeigen, vielfach ausserordentlich im Argen, und es ist in der That nicht ersichtlich, aus welchem Grunde Thiersch und Dettweiler den Schularzt nur für Volksschulen grosser Städte forderten.

Ueber die Einrichtung der Schulärzte in Königsberg, welches im Winter 1897/98 dem Beispiel von Wiesbaden nachfolgte, liegen überaus günstige Mittheilungen von E. v. Esmarch vor (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege XII. Jahrg. 1899 p. 373). Wir wissen, dass in neuester Zeit Berlin und Schöneberg im Begriff sind, zur Anstellung von Schulärzten zu schreiten. Die allgemeine Einführung von Schulärzten ist daher wohl nur eine Frage der Zeit, und es ist dringend geboten, dass sich Aerzte und Lehrer damit vertraut machen.

In erster Linie ist zu prüfen, was von der Vorbildung derjenigen Aerzte zu fordern ist, welche als Schulärzte angestellt werden wollen. Der Besuch der Vorlesungen über Hygiene und der Nachweis von Kenntnissen in diesem Lehrfach in der ärztlichen Prüfung wird schon jetzt von jedem Arzte verlangt. Meiner Ansicht nach genügt dies jedoch nicht, vielmehr sollte jeder Schularztkandidat eingehendere Kenntnisse und womöglich selbständige Arbeiten in der Schulhygiene nachweisen müssen. Dies könnte z. B. durch den Nachweis einer mindestens sechsmonatlichen Assistentenzeit an einem hygienischen Institut geschehen. Auch sollte ein Arzt nicht sofort nach Erlangung der Approbation, sondern erst nach einer praktischen Thätigkeit von mindestens 5 Jahren Schularzt werden dürfen; eine solche Wartezeit ist wohl unbedingt erforderlich, um die Schule vor der Beurtheilung durch unfertige Anfänger zu bewahren, die mit ihren rein theoretischen Kenntnissen beim Mangel an Lebenserfahrungen mehr Schaden als Nutzen stiften würden.

Man fürchte nicht, dass bei der geringen Remuneration, welche die Schulärzte nur erhalten — 500 bis 600 M. jährlich — sich nur Anfänger für diese Anstellung finden werden. Die Thätigkeit ist so interessant, und die Hingebung des ärztlichen Standes für öffentliche Interessen so gross, dass es sicherlich nicht an einem Angebote fehlen wird, gross genug, um eine Auswahl nur tüchtiger Aerzte zu gestatten.

Als ein weiteres Erforderniss für die Anstellung als Schularzt ist aber ein beträchtliches Mass persönlichen Taktes zu bezeichnen. Soll doch der Schularzt die Forderungen der Schulhygiene mit Ernst und Nachdruck vertreten, ohne bei Behörden und Lehrern anzustossen. Jene wird er für sich gewinnen, wenn er sich bei seinen Vorschlägen stets in massvollen Grenzen hält und niemals vergisst, dass die Schulhygiene wie die Hygiene selbst Geld kostet, und dass das Geld vorhanden sein muss, wenn es ausgegeben werden soll. Ginge man in seinen Forderungen über die finanzielle Leistungsfähigkeit der Schulbehörde hinaus, so machte man das Bessere zum Feinde des Guten und erreichte garnichts, während ein erfahrener Hygieniker nicht selten schon mit geringen Mitteln befriedigende Zustände zu schaffen weiss.

Die Herstellung und Erhaltung eines gedeihlichen Verhältnisses zum Lehrerkollegium wird für den Schularzt nicht immer leicht sein. Er sollte sich nie den Anschein einer Aufsichtsperson geben, sondern der vertraute Rathgeber der Schulleiter zu werden suchen, den Lehrern aber nicht nur mit äusserlicher Höflichkeit, sondern mit derjenigen Rücksichtnahme und Achtung begegnen, welche sie in ihrem Amtslokal und an der Stätte ihrer schweren und verantwortungsvollen Thätigkeit füglich erwarten können. Der Schularzt sollte stets dessen eingedenk sein, dass der Lehrer, welcher sich seinen Rathschlägen gegenüber skeptisch verhält, dies in der Regel nicht aus Nörgelsucht thut, sondern in der Ueberzeugung, auf dem rechten Wege zu sein. Er wird, wenn er sich ausnahmsweise mit einem Lehrer auf eine schulhygienische Diskussion einlässt, einen, überzeugenden Gründen zugänglichen Zuhörer in ihm finden.

Und nun, welches sind die Aufgaben des Schularztes?

Die „Dienstordnung für die Schulärzte an den städtischen Elementar- und Mittelschulen zu Wiesbaden" vom 13. Mai 1897 schreibt Folgendes vor. Die Schulärzte haben die neueintretenden Schüler genau zu untersuchen und einen „Gesundheitsschein" über jedes untersuchte Kind auszufüllen; alle 14 Tage in der Schule Sprechstunden abzuhalten, während deren 2—5 Klassen zu besichtigen und Schüler, die Aufmerksamkeit erfordern, genauer zu untersuchen; mindestens je einmal im Sommer und im Winter die Schullokalitäten und deren Einrichtungen zu revidiren; im Winter in den Lehrer-Versammlungen kurze Vorträge über die wichtigsten Fragen der Schulhygiene zu halten und alljährlich einen schriftlichen Bericht über ihre Thätigkeit zu erstatten. Damit der Schularzt seine Befugnisse nicht überschreite, ist ausdrücklich bestimmt, dass die ärztliche Behandlung erkrankter Schulkinder nicht Sache des Schularztes ist, und dass ihm ein Recht zu selbständigen Anweisungen an die Schulleiter und Lehrer, sowie an die Pedelle und sonstigen Schulbediensteten nicht zusteht. Die Wägungen und Messungen der Schüler werden von den Klassenlehrern, und nur die Messung des Brustumfangs, und zwar nur bei verdächtigen Kindern, vom Arzte vorgenommen.

Mit diesen Bestimmungen kann man sich im Allgemeinen einverstanden erklären, und mit Recht ist ihr wesentlicher Inhalt in die Dienstanweisung für die Schulärzte in Königsberg übergegangen. Dem Schularzt ist darin keinerlei diktatorische Gewalt und doch die Möglichkeit gegeben, von allen Schuleinrichtungen fortlaufend Kenntniss zu nehmen und auch den Gesundheitszustand der Kinder dauernd im Auge zu behalten. Da er ausdrücklich gehalten ist, jede Klasse wenn möglich zweimal während eines Halbjahres zu besuchen und in den Lehrerversammlungen schulhygienische Vorträge zu halten, so hat er genügende Gelegenheit, alle Räume zu überwachen und mit allen Lehrern in persönliche Fühlung zu treten. Seine Vorschläge in hygienischer Beziehung hat er in ein, für diesen Zweck bei dem Schulleiter ausliegendes Buch einzutragen und für den Fall, dass diesen Vorschlägen nicht in genügender Weise Rechnung getragen wird, steht ihm das Recht der Beschwerde an die Schulhygiene-Kommission zu. Behufs Erreichung eines möglichst zweck-

mässigen, gleichartigen Vorgehens finden gemeinsame Besprechungen der Schulärzte statt.

Ich zweifle nicht, dass innerhalb des Rahmens einer derartigen „Dienstordnung" für den denkenden Schularzt noch Raum genug vorhanden ist, nach bestimmten Richtungen hin Besonderes zu leisten und gewisse Fragen, namentlich diejenige der Ueberbürdung, der Rückgratsverkrümmung, der Kurzsichtigkeit und der sogenannten Schulkrankheiten überhaupt, gelegentlich gründlicher zu prüfen. Er wird auch dazu die Genehmigung der Schulbehörde erlangen, wenn er durch sein ganzes Verhalten und seine ganze Amtsführung zu erkennen giebt, dass er die Interessen der Schule allem anderen voranstellt.

Der Vorschlag von Esmarch (l. c.), dass bei den regelmässigen schulärztlichen Besichtigungen der Schullokalitäten und deren Einrichtungen der Baubeamte zugegen sein sollte, der auch in Königsberg bei denselben regelmässig zugezogen wird, verdient die wärmste Empfehlung. Hygieniker und Techniker können von einander viel lernen und durch gemeinsames Arbeiten unendlich viel Gutes stiften. Zum Heile der Schulhygiene sollten Schulleiter, Schularzt und Schulbaumeister ein treu zusammenhaltendes Kleeblatt bilden.

Das Bedürfniss einer eingehenden Ausbildung der Lehrer in der Schulgesundheitspflege wird allseitig, auch in Lehrerkreisen anerkannt. In den Schullehrer-Seminarien und in den pädagogischen Seminarien der Kandidaten des höheren Schulamtes findet die Schulhygiene schon Berücksichtigung, obwohl nicht durch Aerzte. Gewiss wird sich in nicht zu ferner Zeit die Nothwendigkeit herausstellen, diesen Unterricht besonders sorgfältig in der Hygiene ausgebildeten Aerzten zu übertragen. Auch der tüchtigste Seminarlehrer und der erfahrenste Gymnasialdirektor kann die Schulgesundheitspflege nicht mit demselben Erfolg vortragen wie der ärztlich gebildete Hygieniker.

Ob es wohlgethan ist, allgemein den Schulärzten hygienische Vorträge in Lehrerversammlungen aufzutragen, möchte zweifelhaft erscheinen. Nicht jeder tüchtige Praktiker eignet sich zum Lehrer, und nicht jeder Schularzt kann in fruchtbringender Weise hygienische Vorträge halten. Kaum auf einem Gebiet aber schadet etwas Mangelhaftes mehr als garnichts. Schlechte Vorträge fordern den Kundigen zum Widerspruch heraus, ermuntern zum Spott und ertödten das Interesse. Wo aber bleibt die Achtung vor dem Schularzt, wenn er sich durch minderwerthige Vorträge bei den Mitgliedern eines Lehrerkollegiums Blössen gegeben hat?

Zweckmässiger wäre es, wenn grössere Städte in jedem Winter für die Lehrer aller Schulanstalten einen etwa sechs- bis zehnstündigen Wiederholungskursus in der Schulhygiene durch einen anerkannten Hygieniker von Ruf abhalten liessen und die Betheiligung an diesem Kursus, der mit freier Diskussion nach jeder Vortragsstunde verbunden sein müsste, den einzelnen Lehrern freistellten. Dies wäre der beste Weg, die schulhygienischen Kenntnisse in der Lehrerschaft zu verbreitern und zu vertiefen und zwischen Arzt und Lehrer das für ein gemeinsames Arbeiten unentbehrliche gegenseitige Verständniss herzustellen. Letzteres würde wesentlich gewinnen, wenn die Schulärzte an diesen Kursen theilnehmen müssten.

An der Schwelle des neuen Jahrhunderts fragen wir uns unwillkürlich: Wird der Schularzt halten, was wir uns von ihm versprechen? Wird er der ehrliche Makler zwischen Arzt, Elternhaus und Schule werden, als den wir ihn uns vorstellen? Wird er zur Lösung der so zahlreichen noch dunklen Fragen auf dem Gebiet der Schulgesundheitspflege beitragen?

Möchte das neue Jahrhundert diese Fragen mit einem fröhlichen Ja beantworten! Wenn das geschieht, dann wird die Einführung der Schulärzte einen Markstein in der Geschichte der Schulgesundheitspflege bedeuten und der Beginn einer gesunderen und glücklicheren Zeit nicht nur für das heranwachsende Geschlecht, sondern auch für den so wichtigen und hochachtbaren Stand der Lehrer bilden.

Die Ehescheidungsgründe nach dem neuen Recht.

Von

Amtsgerichtsrath **Hahn**-Berlin.

Bisher war nur das Verfahren in Ehesachen für das Gebiet des deutschen Reiches durch die Civilprozessordnuug einheitlich geordnet, während das materielle Ehescheidungsrecht in den verschiedenen Bundesstaaten verschieden war. Durch das Bürgerliche Gesetzbuch ist auch auf diesem materiellen Gebiete Rechtseinheit geschaffen worden, und es gelten daher vom 1. Januar 1900 ab im ganzen deutschen Reiche nur die von dem neuen Gesetze zugelassenen Ehescheidungsgründe. Das bezieht sich, wie im Einführungsgesetze (Art. 201) ausdrücklich verordnet ist, auch auf schwebende Prozesse: „Die Scheidung und die Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft erfolgen von dem Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches an nach dessen Vorschriften." Das bedeutet, dass eine nach dem bisherigen Rechte wohlbegründete und nach den bisherigen Beweisergebnissen aussichtsvolle Ehescheidungsklage, wenn sie nicht vor dem 1. Januar 1900 durch rechtskräftiges Urtheil erledigt ist, hinfällig werden kann, sofern der ihr zu Grunde liegende Thatbestand nur nach dem bisherigen, nicht nach dem neuen Rechte einen durchgreifenden Ehescheidungsgrund bildet.

In der erwähnten Bestimmung ist von „Scheidung und Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft" die Rede Es kann nämlich in Zukunft statt auf eigentliche Scheidung auch nur auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft (Trennung von Tisch und Bett) geklagt werden, sofern nicht der andere Theil widerspricht. Solche Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft hat im Wesentlichen dieselben Wirkungen wie die Scheidung; nur ist die Eingehung einer neuen Ehe ausgeschlossen, und andererseits können die Eheleute die Wirkung der Aufhebung einfach dadurch wieder beseitigen, dass sie die eheliche Gemeinschaft thatsächlich wiederherstellen, während im Falle der Scheidung förmliche Wiederverheirathung erforderlich ist (§§ 1575, 1576, 1586, 1587). Hiernach ist im Folgenden, wenn von Ehescheidungsgründen die Rede ist, immer auch an „Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft", die nur aus denselben Gründen verlangt werden kann, zu denken.

Nach dem B. G. B. (§ §1565 fg.) kann ein Ehegatte nur in folgenden Fällen auf Scheidung klagen:

1. wenn der andere Ehegatte sich des Ehebruchs, der Bigamie (§ 171 Str. G. B.) oder der widernatürlichen Unzucht (§ 175 Str. G. B.) schuldig macht;
2. wenn der andere Ehegatte ihn böslich verlassen hat;
3. wenn der andere Ehegatte durch schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten oder durch ehrloses oder unsittliches Verhalten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses verschuldet hat, dass dem Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemuthet werden kann;
4. wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

Abgesehen von dem unter 4 aufgeführten Grunde der Geisteskrankheit, liegt diesen Bestimmungen das Prinzip der Verschuldung zu Grunde. Jede Scheidung aus Willkür (wegen „unüberwindlicher Abneigung" oder „wechselseitiger

Einwilligung"), ferner wegen Impotenz oder anderer körperlicher Gebrechen ist fortan ausgeschlossen; nur schweres Verschulden eines Ehegatten berechtigt den anderen, auf Scheidung zu klagen. Die unter 1 und 2 aufgeführten Scheidungsgründe sind „absolute", insofern sie festbestimmte, schlechthin die Scheidung rechtfertigende Ehedelikte bezeichnen, während die Bestimmung unter 3 dem Ermessen des Richters Spielraum lässt, also „relative" Scheidungsgründe umfasst: Verfehlungen aller Art, z. B. Nachstellungen nach dem Leben, Misshandlungen auch schwere, planvolle Verleumdungen, Trunksucht, liederliche Lebensführung, Versagung des Unterhalts, Verletzung der Strafgesetze u. s. w. können Scheidungsgründe sein, wenn durch das Verhalten des Gatten jene „tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses" verschuldet ist.

Hier aber ist der Punkt, bei dem auch in den Fällen unter 1 bis 3 die Zuziehung ärztlicher Sachverständiger nothwendig werden kann; denn ein „Verschulden" liegt u. A. dann nicht vor, wenn der Ehegatte sich bei Begehung der Handlung, welche objektiv ein Ehedelikt darstellt, im Zustande der Willensunfreiheit befunden hat. Insbesondere wird also hier Geisteskrankheit als entschuldigendes Moment in Frage kommen können. Die Aufgabe des Sachverständigen wird dann eine ähnliche sein, wie auf dem Gebiete des Strafrechts (§ 51 Str. G. B.); er wird sich darüber äussern müssen, ob der Beklagte bei Begehung des Ehedeliktes sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Die Scheidung einer Ehe wegen Geisteskrankheit ist durch das neue Gesetz besonders erschwert, und die neue Regelung wird auch den ärztlichen Sachverständigen unter Umständen vor eine neue und nicht eben leichte Aufgabe stellen. — Zunächst ist festzustellen, dass die „Geisteskrankheit" (die preussisch-rechtliche Unterscheidung zwischen Wahnsinn und Blödsinn kommt nicht mehr in Betracht) „während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert" hat. Dass dieser Zeitraum ein zusammenhängender sein müsse, fordert das Gesetz nicht; die in Kommentaren vertretene gegentheilige Auffassung erscheint nach der Fassung des Gesetzes nicht begründet. Es können also, wenn die Krankheit zeitweilig zurückgetreten war, die einzelnen Krankheitsperioden zusammengerechnet werden — sofern nur durch die freien Zeiträume die Identität der Krankheit im medizinischen Sinne nicht aufgehoben erscheint; denn das Gesetz fordert, dass „die Krankheit", also eine und die nämliche Krankheit, mindestens drei Jahre gedauert habe. Dabei dürfte es m. E. nicht sowohl auf die Erscheinungsweise, als vielmehr auf die Ursache der einzelnen Erkrankungen ankommen. Erregungszustände in der einen und Trübsinn in der anderen Periode können sich als Erscheinungsformen einer und derselben Krankheit darstellen, so dass Zusammenrechnung der Zeiträume gerechtfertigt sein kann. Wenn aber der Ehegatte, von einer akuten Paranoia genesen, später in Paralyse verfallen ist, so muss jener frühere Zeitraum bei Berechnung der dreijährigen Dauer ausser Betracht bleiben. Inwiefern bei periodischen Geistesstörungen die anfallsfreien Zeiten — lucida intervalla — in den dreijährigen Zeitraum eingerechnet werden müssen, weil die Krankheit, wenngleich sie vorübergehend nicht in die Erscheinung trat, doch virtuell fortbestand, ist eine weitere, gegebenen Falls vom ärztlichen Sachverständigen zu erörternde Frage. Die Krankheit muss einen solchen Grad erreicht haben, „dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben" ist. Diese Voraussetzung wird nicht für den ganzen Zeitraum von drei Jahren, sondern nur für den status praesens und für die Prognose gefordert. Wie aber diese Voraussetzung begrifflich zu bestimmen sei, diese Frage wird — so fürchte ich — ein Kreuz für Sachverständige und Richter sein. Der Entwurf des B. G. B. wollte Geisteskrankheit als Scheidungsgrund überhaupt nicht anerkennen und in den Motiven ist diesbezüglich u. A. ausgeführt: insbesondere lasse sich eine scharfe Grenzlinie zwischen den verschiedenen Formen der Geisteskrankheit nicht ziehen, und es sei praktisch nicht ausführbar, diejenigen Fälle, in welchen durch die Geisteskrankheit jede geistige Gemeinschaft aufgehoben werde und der geisteskranke Ehegatte „daher als geistig todt" zu betrachten sei, von anderen Fällen zu sondern. Dieser Ausführung entsprechend wird von den Erklärern des Gesetzes gefordert, dass dem kranken Gatten „das Bewusstsein des bestehenden ehelichen Bandes abhanden gekommen sein müsse." Eine so überaus einschränkende Auslegung erscheint aber durch die Fassung des Gesetzes nicht gerechtfertigt. Die „geistige Gemeinschaft" unter den Eheleuten besteht doch wohl in dem gemeinsamen Bewusstsein von den durch die Ehe begründeten gemeinsamen Interessen und Pflichten und in der Möglichkeit einer Verständigung darüber; ist solche Verständigung durch die Geisteskrankheit des einen Theils ausgeschlossen, so ist das blosse „Bewusstsein des bestehenden ehelichen Bandes" werthlos und die geistige Gemeinschaft trotzdem aufgehoben. Und muss nicht, wo geistige „Gemeinschaft", also das Verhältniss der Geister zu einander in Frage steht, auch das geistige und sittliche Niveau des anderen Theils gebührend berücksichtigt werden? Man denke an einen geistig hochstehenden Mann, dessen Frau erkrankt und dadurch in ihrer Intelligenz so sehr geschwächt ist, dass sie zwar noch weiss, dass und mit wem sie verheirathet ist, dass sie aber im Allgemeinen etwa auf die geistige Stufe eines zehnjährigen Kindes gesunken ist; oder man denke an eine sittenreine Frau, bei deren Ehemanne sich die Geisteskrankheit wesentlich in ethischen Defekten von solcher Art bekundet, wie sie schweren Verbrechern eigenthümlich sind; oder man denke an einen geisteskranken Ehegatten, dessen schwere Melancholie oder chronischer Affekt jede Erörterung gemeinsamer Interessen ausschliesst. Mag in derartigen Fällen dem Kranken noch das „Bewusstsein des bestehenden ehelichen Bandes" innewohnen — besteht deshalb wirklich noch eine geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten? Wie soll sich eine solche Gemeinschaft bekunden und bethätigen, wenn die Krankheit jede Verständigung und jeden Gedankenaustausch über die fundamentalsten gemeinsamen Interessen und Pflichten (z. B. Fragen der Kindererziehung!) unmöglich macht? Jedenfalls ist aus der Möglichkeit solcher Zweifel zu ersehen, dass es sich hier nicht ausschliesslich um eine medizinisch-wissenschaftliche Frage, sondern in erster Reihe um eine Frage der Gesetzesauslegung handelt. Deshalb wird von dem ärztlichen Sachverständigen nicht unbedingt gefordert werden können, dass er sich auch darüber äussere, ob er durch den Zustand des Kranken die geistige Gemeinschaft für aufgehoben erachte. Er wird sich begnügen dürfen, durch anschauliche Schilderung des Krankheitsbildes und durch klare Beurtheilung des Geisteszustandes des kranken Ehegatten im Allgemeinen den Richter in den Stand zu setzen, sich selbst ein Urtheil darüber zu bilden, ob die „geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten" in dem Sinne, wie der Richter das Gesetz versteht, für aufgehoben anzusehen sei. Was die Prognose betrifft, so genügt es nicht, dass keine Hoffnung auf Genesung bestehe, sondern es muss auch jede Hoffnung auf eine Besserung solchen Grades ausgeschlossen sein, dass eine Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft angenommen werden könnte.

Mit welchem Rechte empfiehlt das Reichs-Versicherungsamt den Berufsgenossenschaften die Uebernahme des Heilverfahrens während der Wartezeit und wie setzen diese es am Besten ins Werk?

Vertrauensärztliche Studie aus dem gesammten Aktenmaterial der Sektion I der Schlesischen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft für die Jahre 1885—1896.

von

Dr. **Bogatsch**-Breslau.

(Fortsetzung.)

Diesen allgemeinen Ausführungen möchte ich aus meinen Erfahrungen als Vertrauensarzt heraus noch einen spezielleren Anhang geben.

Dr. Golebiewski u. A. haben schon seit Jahren darauf hingewiesen, dass jedes Handwerk, jede Arbeit allmählich bestimmte Veränderungen am Körper des Arbeiters hervorzurufen pflegt. Wir Aerzte, welche viele Gutachten in Unfallsachen abzugeben haben, müssen allen denen dankbar sein, welche es sich angelegen sein lassen, unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete immer mehr zu erweitern. Denn nur auf diese Weise werden wir in den Stand gesetzt, ein bestimmtes Urtheil abzugeben, ob eine abnorme Körperbeschaffenheit eine Unfallfolge oder eine Gewerbekrankheit ist.

Ich habe mir seit Jahren ein ähnliches Ziel wie die erwähnten Aerzte gesteckt, indem ich meine Aufmerksamkeit gerade den Verletzungen zuwandte, die nach meiner Beobachtung vor allem bei unserer Berufsgenossenschaft sich finden, das sind die Verletzungen der Finger*). Gerade diesen Verletzungen wird weder von Seiten der Aerztewelt noch durch die Berufsgenossenschaften die Aufmerksamkeit zugewendet, die sie verdienen. Denn für manchen, der sich seinen Unterhalt durch seiner Hände Arbeit verdienen muss, ist der Verlust eines Daumens, selbst des rechten Zeigefingers schwerwiegender, wie der eines Auges, eines Fusses.

Wie häufig nun Hand- und Fingerverletzungen bei der Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft sind, zeigt die Tabelle IV. Nach derselben mussten von allen 11484 Unfällen, die vom 1. Oktober 1885 bis 31. Dezember 1896 gemeldet wurden, 2281 Akten angelegt werden. Von den 2149 Verletzten, über welche die Tabelle IV berichtet, haben 1036 Verletzungen der Oberextremitäten und davon wieder 38 Verletzungen der Mittelhand und 721 der Finger erlitten. Von den 721 Fingerverletzten erhielten 122 überhaupt keine Rente, bei 218 konnte die Rente allmählich in Wegfall kommen und 381, d. h. etwa 53 Prozent aller Verletzten beziehen eine dauernde Rente.

Im Jahre 1898 wurden 264 Unfälle entschädigungspflichtig, davon betrafen 122 = 46 Prozent Verletzungen der Oberextremitäten. Unter diesen befanden sich wieder 86 = 32 Prozent Verletzungen der Finger.

Das ungünstigste Heilresultat finden wir bei den Brüchen der Mittelhand und der Finger.

Gemeldet wurden 67 Knochenbrüche:

		davon erhielten keine Rente	geheilt wurden	laufende Rente beziehen
der Mittelhand	15	0	5	10
des Daumens	13	3	2	8
„ Zeigefingers	15	0	7	8
„ Mittelfingers	9	0	2	7
„ Goldfingers	7	1	5	1
„ Kleinfingers	4	2	1	1
mehrerer Finger	4	0	1	3
	67	6	23	38

Es beziehen mithin von 61 entschädigungspflichtigen Unfällen dieser Gruppe noch 38, d. h. 62 Prozent eine Rente, während bei allen rentenberechtigten Brüchen von Vorderarmknochen nur noch 34 Prozent und von allen Unterschenkelbrüchen nur noch 43 Prozent eine Rente erhalten.



Fig. 9.
Nicht erkannter Bruch des 2. Gliedes des Kleinfingers, unter starker Winkelstellung verheilt. Nachträgliche Amputation des unbrauchbaren 2. u. 3. Gliedes.

Die Ursache für dieses ungünstige Heilresultat der Fingerbrüche ist eine zweifache. Es werden nämlich die Knochenbrüche leicht übersehen, — viele Brüche sind überhaupt nur mittelst Röntgenstrahlen festzustellen — und ausserdem sind die meisten bisher gebräuchlichen Behandlungsmethoden ungenügende. Die erschwerte Diagnose wird wiederum verursacht durch die der Quetschung unmittelbar folgende Blutung in die Weichtheile, durch die Derbheit der Fingerhaut, durch die Kürze der gebrochenen Knochen, welche jedes genauere Fixiren der Bruchstücke sehr erschwert und endlich durch die Neigung des Patienten, jeder Schmerzerregung sich durch eine geeignete Bewegung zu entziehen. Alle diese Umstände machten es möglich, dass z. B. der Bruch des zweiten Kleinfingergliedes übersehen worden war, obgleich die Dislokation der Bruchstücke eine so hochgradige war, wie sie das Bild 9



Figur 10.
Nicht reponirter Bruch der 1. Phalanx des Zeigefingers, in Winkelstellung geheilt.

*) Zur Veröffentlichung meiner Erfahrungen haben mich vor allem die ungünstigen Heilresultate veranlasst, wie sie die Tab. IV für die Verletzungen der Mittelhand und Finger aufweist.

demonstrirt. Diesem Uebelstande kann man mit Sicherheit nur durch eine Röntgendurchleuchtung entgehen. Wenn man das nebenstehende Bild (Fig. 10) betrachtet und bedenkt, dass bei Fingerbrüchen in gleicher Weise ein Knochenstück direkt in das andere eingekeilt ist, so erscheint es erklärlich, dass ein Schienenverband, der einfach die Bruchstücke fixirt, nur für die Fingerbrüche ohne Fragmentverschiebung ausreichend sein kann. In allen Fällen von deutlicher Verschiebung der Bruchstücke muss dagegen ein Extensionsverband angewendet werden. Geschieht dies nicht, so kann es selbst zu solch ungünstigen Verhältnissen kommen, wie sie Bild 11 vor Augen



Fig. 11.
Bruch des Grundgliedes des Zeigefingers, mit starker Dislokation der Bruchstücke geheilt.

führt. Ein guter Streckverband für einen Finger ist aber oft schwieriger, wie der für die grossen Knochen einer Ober- oder Unterextremität und zwar deshalb, weil die Extension sich meist schlecht anbringen lässt. Es sind bisher verschiedene Methoden empfohlen worden, ohne dass man eine derselben als vollkommen zweckdienlich bezeichnen könnte. Manche beseitigen die Dislokation der Fragmente nur durch manuelle Extension und suchen die richtige Stellung der Bruchstücke dadurch zu erhalten, dass sie den Finger stark in allen Gelenken über eine Bindenrolle beugen und in dieser Stellung durch Heftpflasterstreifen fixiren. Nach dem Bericht des Herrn Dr. Schmidt befestigt man in dem Knappschaftslazareth zu Silkingen die Extension an dem Fingernagel, in den vorher mit einem Drillbohrer ein Loch gebohrt wurde. Wir haben dies Verfahren nicht versucht, weil nach unseren Beobachtungen jeder Arbeiter durch die Arbeit die Fingernägel vorn so abnützt, dass sie kaum um Millimeterbreite das Nagelbett überragen. Anders läge die Sache, wenn es sich um einen Privatpatienten mit wohlgepflegten langen Fingernägeln handelte. Ob aber auch ein solcher Patient lange mit dem Verbande sich befreunden würde, ist mir zweifelhaft, da ein ständiger Zug an einem Fingernagel lästig empfunden werden muss. Und in der That berichtet auch Herr Dr. Schmidt, dass bei einem Theil der so behandelten Verletzten der Fingernagel sich allmählich abgelöst habe. Wir haben noch die besten — wenn auch nicht immer voll befriedigenden — Resultate dadurch erreicht, dass wir die Extension in ähnlicher Weise, wie sie von Bardenheuer empfohlen worden ist, zur Anwendung brachten.

Wird der Knochenbruch übersehen, oder gelingt es nicht die Dislokation der Bruchstücke dauernd zu beseitigen, so bilden dieselben nach der Heilung einen Winkel, dessen Spitze so gut immer gegen die Grifffläche des Fingers gekehrt ist, (s. Bild 10 und 11). Diese abnormale Heilung hat nun verschiedene Uebelstände im Gefolge; der Knochenvorsprung kann bei jedem Zufassen durch Druck auf die Weichtheile starke Schmerzen erzeugen und so nicht nur den Finger selbst unbrauchbar machen, sondern auch die unverletzten Finger in ihrer Leistungsfähigkeit beschränken.



Fig. 12. Bruch des Mittelgliedes in starker Winkelstellung geheilt. Nachträgliche Abmeisselung des Knochenvorsprunges.

Die abnorme Heilung kann aber auch die Bewegungsfähigkeit der peripher von der Verletzung liegenden Fingerglieder sehr beeinträchtigen, ja selbst dadurch aufheben, dass die Knochenfragmente die Beugesehnen aus ihrer normalen Lage verschieben, oder dadurch, dass diese direkt durch die Knochennarbe mit den Bruchstücken verlöthet werden. Wir haben versucht, nachträglich derartige Störungen zu beseitigen durch Loslösung der Sehnen und Abmeisselung des Knochenvorsprungs (s. Bild 12). Wenn auch diese Operation in Fällen, wie sie das Bild 11 demonstrirt, sich zur Beseitigung von Schmerzen nützlich erweisen mag, so haben wir von ihr für die Mobilisirung des Fingers keinen Erfolg gesehen.



Fig. 13. Bruch des Grundgliedes, in starker Winkelstellung geheilt. Dadurch kann die Gelenkfläche des Grundgliedes nur noch theilweise ausgenutzt werden.



Fig. 14.
Bruch des Grundgliedes des Zeigefingers, unter Winkelstellung verheilt. Zeigefinger fast völlig unbrauchbar. (Dieses Bild stellt denselben Finger wie Fig. 10 dar.)

Tritt diese Verlöthung der Sehnen mit der Knochennarbe nicht ein, so bleibt trotzdem die Beugefähigkeit des Fingers im Mittelgelenk ständig beschränkt. Der Grund hierfür liegt, wie ein Blick auf Bild 13 zeigen wird, darin, dass das Mittelglied nicht mehr im Stande ist, die ganze Gelenkfläche des Grundgliedes für die Beugung auszunützen. Wenn auch bei allen nicht zu alten Verletzten ein Ersatz durch neue Knorpelbildung gegen die Beugefläche des Fingers zu von der Natur geschaffen wird, so bleibt doch immerhin die Beugefähigkeit des Fingers gegen die Norm zurück. Die Folge davon ist häufig eine fast gänzliche Gebrauchsunfähigkeit des ganzen Fingers (s. Bild 14).

Den Gegensatz zu diesen ungünstigen Heilresultaten stellt das folgende Bild dar, bei dem die Dislokation der Bruchstücke frühzeitig genug nach der Durchleuchtung beseitigt werden konnte. Schon bei der Entlassung aus unserer Behandlung war der Finger nahezu vollständig gebrauchsfähig. Es steht aber zu erwarten, dass mit dem Schwunde der Knochennarbe seine Beugefähigkeit wieder ganz hergestellt wird (s. Bild 15).



Fig. 15. Bruch des Grundgliedes des Zeigefingers, nach Durchleitung reponirt; ohne Dislokation geheilt.

Noch ungünstiger wie die winklige Einkeilung der Bruchstücke wirkt oft die starke Verschiebung derselben auf den Gebrauch des verletzten Fingers. Besonders leicht tritt eine Verschiebung ein, wenn die Bruchstelle in der Nähe eines Gelenks sich befindet und dadurch das eine Fragment sehr kurz ausfällt. Dieses Ereigniss finden wir am häufigsten am Daumen. Ich habe z. B. innerhalb von 2 Wochen drei derartige Fälle gesehen. Zuweilen ist die Dislokation so stark dass die Lage des kurzen Bruchstückes eine ganz abnorme wird (s. Bild 16).



Fig. 16. Bruch des Grundgliedes des Daumens. Starke Dislokation des peripheren Bruchstückes.

Wird der Bruch rechtzeitig erkannt, so kann man durch einen fixirenden Verband wenigstens meist noch eine Anheilung des kurzen Bruchstückes an das längere erzielen. Leider aber wird die Verletzung meist als eine einfache Quetschung aufgefasst und der Verletzte frühzeitig (in dem dem Bild 16 zu Grunde liegenden Falle schon nach 14 Tagen) in die Arbeit geschickt. Die Folge hiervon ist meist die Bildung eines falschen Gelenks (Pseudarthrose), durch das die Gebrauchsfähigkeit des Fingers sehr herabgesetzt wird. Verbessern lassen sich die Verhältnisse dann nur noch auf operativem Wege, indem man nach Resektion eine Versteifung des Fingers herbeiführt. Wir haben bisher in zwei Fällen auf diese Weise erreicht, dass der Verletzte statt eines zweigliedrigen unbrauchbaren Daumens einen eingliedrigen brauchbaren erhielt.

Nicht selten klagen Leute, die eine Quetschung des Fingers erlitten haben, auch nach Vertheilung aller sichtbaren Folgen der Verletzung weiter über Beschwerden im Nagelgliede beim Zufassen. Auch über diese Fälle hat das Röntgenlicht Aufklärung gebracht. Es handelt sich in solchen Fällen meist um Brüche des Nagelgliedknochens, die durch die gebräuchliche Untersuchung nicht diagnostizirbar waren. Da infolgedessen die Anlegung eines fixirenden Verbandes unterblieb, die Leute vielmehr die Arbeit bald wieder aufnahmen, so erfolgte auch keine Verheilung der Bruchstücke.

Es muss zugegeben werden, dass besonders beim Zufassen mit den Fingerspitzen eine solche Unfallsfolge störend einwirken kann.



Fig. 17.
Lösung des Epiphysenknorpels des Nagelgliedes. Heilung durch Resektion des Knorpels.

Bei jugendlichen Individuen kann es durch eine Quetschung zur Lösung eines Epiphysenknorpels kommen. Wird diese Fingerverletzung, deren sichere Diagnose wohl nur mittelst Röntgenbildes möglich ist, nicht erkannt, und wird der Finger nicht zur rechten Zeit in eine geeignete Ruhestellung gebracht, so kann die Gebrauchsstörung eintreten, welche wir vor einiger Zeit bei dem Besitzer des nebenstehend abgebildeten Fingers kennen lernten (Bild 17).

Der Daumen war im Nagelgliedgelenk verdickt, auf Druck sowie bei aktiven und passiven Bewegungen schmerzhaft. An der Innenseite des Gelenks fand sich als Komplikation eine Gelenkfistel. Wir exstirpirten den losen Gelenkknorpel und hatten die Freude, den Mann nach einer medico-mechanischen Nachbehandlung mit wieder gebrauchsfähigem Daumen entlassen zu können.

Ausser Frakturen schädigen auch Quetschungen, besonders die der Gelenke, nicht selten in beträchtlichem Grade die Gebrauchsfähigkeit der Finger. Begeht der behandelnde Arzt hierbei den Fehler, den Finger mehrere Wochen lang in einem steifen Verbande zu fixiren, so kann es (Bild 18) zu einer dauernden Versteifung der betroffenen Gelenke kommen, wie es bei dem Verletzten der Fall war, dessen Unfall verspätet zur Kenntniss der Berufsgenossenschaft kam. Durch lange Ruhestellung der Grundgelenke des 4. und 5. Fingers war eine vollständige Versteifung derselben eingetreten, die den Mann zeitlebens um mindestens 20 pCt. invalide macht.



Fig. 18.
Quetschung des Handrückens. Versteifung des Grundgelenks des 4. u. 5. Fingers in Folge zu lange liegenden Verbandes.

Auffallend häufig werden noch Sehnenverletzungen übersehen. Wenn auch nicht jede Sehnennaht einen guten Erfolg erzielt, so ist sie doch stets zu versuchen, da ohne dieselbe naturgemäss die Gebrauchsfähigkeit des verletzten Theiles dauernd geschmälert oder aufgehoben sein muss. Da auch die Sehnenplastik in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte gemacht hat, sollte kein Arzt es unterlassen, derartige Verletzte einem geeigneten Krankenhause zu überweisen, sobald er die Diagnose einer Sehnenverletzung gestellt hat und nicht selbst in der Lage ist, die durchtrennten Sehnen zu vereinigen.

Klagt ein Stahlarbeiter auffallend lange über Schmerzen nach einer anscheinend ganz geringfügigen Handverletzung, so ist stets eine Durchleuchtung der betroffenen Extremität geboten. Durch sie werden manchmal Fremdkörper als Ursache der Klagen festgestellt. So hatte der Verletzte K. (s. Bild 19) eine kleine Wunde am Daumenballen erlitten, die nach wenigen Tagen verheilt war. Trotzdem gab er nach Ablauf der Karenzzeit an, ständige Schmerzen im Daumen zu haben, und trat mit Rentenansprüchen hervor. Die Durchleuchtung des Daumens machte thatsächlich einen Stahlsplitter sichtbar, nach dessen Entfernung auch die Klagen über Schmerzen verschwanden.



Fig. 19.
Stahlsplitter über dem Sehnenbein.

Eine gleiche Aufmerksamkeit wie Knochen- und Sehnenverletzungen muss der behandelnde Arzt auch allen Verletzungen der Haut, allen Schnitt- und Quetschwunden der Weichteile der Hand und Finger zuwenden, d. h. allen den Verletzungen, die nur unter Narbenbildung zur Heilung gelangen können. Handelt es sich um eine glatte Schnittwunde, so ist die Heilung ohne Eiterung mit allen Mitteln anzustreben. Ist die Wunde vernarbt, so muss frühzeitig mit Bewegungen der Finger behufs Dehnung der Narbe begonnen werden. Die gleiche Aufmerksamkeit muss der Arzt der Narbenbildung entgegenbringen, wenn er in die Lage kommt, gequetschte Theile des Fingers operativ zu entfernen. Er darf hierbei nicht vergessen, dass ein verkürzter Finger mit reichlicher, normaler, frei beweglicher Haut an seiner neugeschaffenen Spitze weniger schadet wie ein normal langer Finger, der an seiner Spitze mit einer schlechten Narbe bedeckt ist. Kann der Operateur die Lage der Narbe bestimmen, so soll er sie so zu legen suchen, dass sie beim Anfassen und Festhalten von Gegenständen keinem abnormen Druck und keiner abnormen Dehnung ausgesetzt ist.

Handelt es sich um grössere Haut- oder Weichtheildefekte, seien sie nun durch Verbrennung oder Quetschung entstanden, so muss, soweit es möglich ist, jede grössere flächenhafte Narbe vermieden werden, denn solche Flächennarben sind meist wenig widerstandsfähig, nicht nachgiebig, haben grosse Neigung zum Wundwerden und schränken meist die Gebrauchsfähigkeit der Finger nicht unerheblich ein, denn die Haut auf der Rückenfläche der Finger muss sehr verschieblich, die auf der Grifffläche fest und widerstandsfähig sein. Lässt man selbst eine leichtere derartige

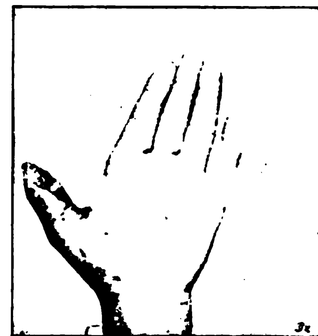


Fig. 20.
Abquetschung der Weichtheile der Daumenspitze. Narbenbildung stört sehr den Gebrauch des Fingers.

Verletzung, wie sie Bild 20 darstellt, durch allmähliche Vernarbung heilen, so kann, besonders wenn Daumen oder Zeigefinger betroffen sind, eine dauernde Arbeitsbeschränkung des Verletzten daraus resultiren. Bedeckt man dagegen den Hautdefekt bei Zeiten durch Thierschsche Hautlappen, so wird die Verletzung höchstens eine vorübergehende Schädigung der Gebrauchsfähigkeit des Fingers bedingen. Noch mehr wie bei kleineren Defekten muss von diesen Hauttransplantationen bei grösseren Weichtheilverletzungen Gebrauch gemacht werden. Was man damit erreichen kann, zeigen die Bilder 21 und 22. Diesem Verletzten war



Fig. 21. Abriss der Haut des Handrückens. Heilung durch Transplantation Thierschscher Hautlappen. Vollständige Funktionsfähigkeit der Hand, wie Fig. 22 zeigt.

durch einen Treibriemen fast die ganze Haut des Handrückens abgerissen worden. Als er auf Veranlassung der Fabrikleitung schon am 4. Tage nach dem Unfalle sich im Institut einfand, lagen die Sehnen des 2.—5. Fingerstreckers frei zu Tage. Hätte man bei dem Verletzten nach der früher üblichen Art die Heilung durch eine Eiterung erstrebt, so würde mit voller Sicherheit die vollständige Gebrauchsunfähigkeit des 2.—5. Fingers die Folge gewesen sein. Die rechtzeitige Bedeckung der grossen Weichtheilwunde durch mehrere Thierschsche Hautlappen, welche dem Oberschenkel entnommen wurden, lieferte das Resultat, welches die Bilder 21 und 22 demonstriren: es konnte der am 10. November 1898 verletzte Arbeiter bereits am 4. Februar 1899, also noch vor Ablauf der 13. Woche, zur Arbeit mit einer Gewöhnungsrente von 15 Prozent entlassen werden. Auch diese Rente konnte Ende September eingestellt werden. Die Kosten betrugen für chirurgische und medico-mechanische Behandlung 235 Mk., wovon die Beihilfe der Krankenkasse abging. Hierzu kommt die 15 Prozent Rente für 8 Monate, so dass die ganzen Kosten bis zur völligen Wiederherstellung des Verletzten 300 Mk. nicht wesentlich überschritten.

Als weitere Unfallsfolge möchte ich noch die sogenannte Glanzhand anführen. Dieselbe kann sich nach Verletzungen oder entzündlichen Prozessen, welche eine längere Ruhestellung der Hand bedingen, entwickeln. Die Haut der Finger ist in diesem Falle häufig faltenarm, ja faltenlos und auffallend gespannt; sie ist einfach atrophirt oder teigig geschwollen, auch sklerosirt. Im vorgeschrittenen Stadium erinnert der Zustand der Hand direkt an Skleroderma und führt



Fig. 22.

zu starker Bewegungsbeschränkung oder gänzlicher Versteifung der Finger, sowie zu grosser Empfindlichkeit gegen Abkühlung. Solche Leute verlieren häufig den vollständigen Gebrauch der betroffenen Hand.

(Schluss folgt.)

Referate.

Allgemeines.

Ueber die Verbreitung der Tollwuth und das Auftreten derselben beim Menschen, sowie die Erfolge der Behandlung in neuester Zeit.

Von Dr. Marx.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege. 31. Bd., 4. Heft, 2. Hälfte.)

Nach einer kurzen Darstellung des Verlaufs der Wuthkrankheit beim Thiere, speziell beim Hunde, bespricht der Verf. die Verbreitung der Tollwuth in neuerer Zeit. Nach Kirchner (Klinisches Jahrbuch, Bd. VII) wurden vom 1. Januar 1891 bis 31. Dezember 1897 im preussischen Staat 648 Personen von tollen bezw. tollwuthverdächtigen Thieren gebissen, von diesen starben 25 oder 3,9 Prozent an Tollwuth. In nennenswerther Ausbreitung wurde die Tollwuth in Deutschland nur in den an Russland und Oesterreich-Ungarn anstossenden Grenzgebieten beobachtet, wofür der Grund darin gelegen ist, dass die Krankheit fortwährend durch Hunde, welche über die Grenze von Russland und Oesterreich-Ungarn in unsere Grenzbezirke überlaufen, eingeschleppt wird. Von den preussischen Provinzen blieben von Bissverletzungen durch tolle Thiere gänzlich verschont: Hannover, Westfalen, Hessen-Nassau, Rheinprovinz und die hohenzollernschen Lande; in verschwindendem Grade waren heimgesucht: Brandenburg, Schleswig-Holstein und Sachsen, während in Pommern 6, in

Westpreussen 13, in Posen 14, in Ostpreussen 30 und in Schlesien 80 derartige Verletzungen im Jahre 1897 vorkamen.

Im Jahre 1898 wurden 254 Bissverletzungen von Menschen amtlich gemeldet, über die Hälfte mehr als im Vorjahr. Von den 254 Gebissenen blieben 52 ohne ärztliche Behandlung; von diesen erkrankten und starben an Lyssa 4 = 7,69 Prozent. Bei 149 Gebissenen fand ärztliche Behandlung statt. Von diesen Behandelten wurden 53 alsbald nach erfolgter Verletzung, 19 nachträglich der Schutzimpfung nach Pasteur unterworfen, im Ganzen 72 oder 29 Prozent der Verletzten.

Von diesen 72 ist keiner, von 130 anderweitig ärztlich Behandelten, aber nicht geimpften, sind 2 oder 2,31 Prozent an Tollwuth gestorben.

Eine kurze geschichtliche Darstellung der Pasteur'schen Schutzimpfung und ihre Einführung in Preussen durch Errichtung einer besonderen Abtheilung zur Schutzimpfung gegen Tollwuth im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin im Jahre 1898 bilden, ergänzt durch die zur Zeit in Preussen giltigen sanitätspolizeilichen Vorschriften, den Schluss der fleissigen Arbeit. Roth (Potsdam).

Klinische Beiträge zur Lehre vom Status thymicus.

Aus d. II. medizin. Abtheilung der K. K. Krankenanstalt „Rudolfstiftung" in Wien. (Primararzt Dr. E. Bamberger.)

Von Dr. M. Laub.

(Wiener klinische Wochenschrift, No. 44, 1899).

Die Lehre vom Status thymicus hat besonders für den ärztlichen Sachverständigen Interesse, da sie die Erklärung für manche plötzlichen Todesfälle bringt, die zu begutachten bis dahin Schwierigkeiten bot. Die vom Verf. mitgetheilten vier einschlägigen Fälle hatten sowohl in klinischer als auch in anatomischer Beziehung manches Gemeinsame. Zunächst handelte es sich durchwegs um junge Leute zwischen 18 und 23 Jahren, welche plötzlich aus voller Gesundheit, nachdem sie am Tage vorher oder sogar noch am selben Tage ihrer Beschäftigung nachgegangen waren, erkrankten und binnen wenigen, höchstens 18 Stunden, starben. Alle boten nahezu dasselbe klinische Bild dar, das durch das Auftreten schwerster Erscheinungen von Seiten des Gehirns charakterisirt war: tiefstes Koma beherrschte das Krankheitsbild. In einem Falle gesellten sich noch allgemeine epileptiforme Krämpfe, in einem anderen Stimmritzenkrämpfe hinzu, während in einem dritten Falle Erbrechen als weiteres cerebrales Symptom auftrat. Bei der Autopsie konnten in allen Fällen Oedem des Gehirns und Hyperplasie, beziehungsweise Persistenz der Thymus und Hyperplasie des gesammten lymphatischen Apparates, sowie auch mehr oder weniger hochgradige Hypoplasie des Gefässsystems, inbesondere der Aorta, konstatirt werden. Für das Hirnoedem fand sich kein anderes erklärendes Moment, als die lymphatisch-chlorotische Konstitutionsanomalie; bei dieser besteht offenbar die Disposition zur Bildung eines Gehirnoedems, welches dann durch irgend einen Reiz ausgelöst werden kann. Ein solcher Reiz kann sowohl psychischer wie somatischer Natur sein (Aufregung, Schrecken, kaltes Bad, leichtes Unwohlsein, Ueberanstrengung, Chloroform etc,) —y

Mors praecox ex haemorrhagia cerebri post coitum.

Von Prof. F. Gumprecht in Jena.

(Deutsche medizinische Wochenschrift No. 45, 1899.)

Verf. berichtet über einen, in unmittelbarem Anschluss an eine Cohabitation erfolgten Todesfall, als dessen Ursache eine Ponsblutung festgestellt wurde. Die Trägerin der Blutung, eine 32jährige Frau, war nicht erheblich arteriosklerotisch, hatte sich weder gewohnheitsmässig, noch unmittelbar vorher dem Alkoholgenuss ergeben, und war, von einer für den Tod in diesem Falle gleichgiltigen Tubeneiterung abgesehen, gesund und kräftig. Aehnliche Fälle sind bereits mehrfach zur Veröffentlichung gelangt. Dem Wesen nach ist die Apoplexia e cohabitatione nichts anderes, als jede andere Apoplexie bei plötzlicher Blutdrucksteigerung. — y.

Psychiatrie und Neurologie.

Ueber familiäre Irrenpflege.

Von Dr. Conrad Alt, Dir. d. Landes-Heil- u. Pflegeanst. Uchtspringe (Altmark).

(Sammlung zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. II. Bd. Heft 7—8 1899.)

Ein geschichtlicher Ueberblick über die Entwicklung der Familienpflege in den einzelnen Staaten leitet den Aufsatz ein, dem der Verfasser, entsprechend der Wichtigkeit des Gegenstandes, ein Doppelheft der von ihm herausgegebenen Sammlung gewidmet hat. Aber diese Geschichte ist keine Zusammenstellung toter Einzeldaten, sie lebt und redet, sie predigt von der uralten Familienpflege der Campine (Gheel in Belgien) bis zu den mannigfachen Versuchen der letzten Jahre in Deutschland, durchweg die Wahrheit des Satzes: Die Familienpflege ist eine wohl durchführbare und, sobald sie in zweckmässiger Weise durchgeführt wird, eine segensreiche Ergänzung der sonst üblichen Mittel zur Pflege und Heilung Geisteskranker. Dieselbe Erfahrung hat der Verf. auch bezüglich der seiner eignen Obhut anvertrauten Kranken gemacht, nachdem er in der Nähe der Anstalt Uchtspringe eine eigenartige Form der Familienpflege eingeführt hat.

Ganz allgemein gesagt, bietet die Familie den Kranken, was ihnen keine, auch nicht die beste Anstalt bieten kann, „die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium." Damit ist in nuce schon ausgedrückt, was für Kranke sich dazu eignen, in Familien verpflegt zu werden, wie die Familien beschaffen sein müssen, denen die Kranken überantwortet werden, und dass eine sachverständige Aufsicht der Familienpflege nothwendig ist. Nichts illustrirt die Vorzüge der Familienpflege besser und giebt gleichzeitig deutlichere Anhaltspunkte für ihre Durchführung, als ein Eingehen auf die von den Gegnern der Einrichtung aufgestellten Behauptungen.

1. „Die Einrichtung birgt Gefahren für die gesunde Bevölkerung". Angeblich sollen die Bewohner von Irrendörfern selbst geistig entarten — das hat in Gheel die Erfahrung widerlegt. Die Kinder der Pfleger sollen moralisch geschädigt werden — das Gegentheil ist der Fall. Verständniss für die Kranken, Mitgefühl, Selbstbeherrschung lernen die Bewohner der Irrendörfer. Die Kranken sollen durch Erregungszustände den Gesunden gefährlich werden — dies ist thatsächlich nicht der Fall; denn in Gheel ist in 5 Jahren nur einmal durch einen Kranken ein Sittlichkeitsverbrechen, in Schottland in 40 Jahren ein Mord verübt worden. Indessen ist hier ein Fingerzeig gegeben, dass eine sorgfältige sachverständige Auswahl von nöthen ist. Die sexuell Erregten, die Gewaltthätigen, die Brandstifter sind von der familiären Pflege natürlich auszuschliessen. Aber, heisst es dann weiter,

2. „Die Zahl der dann übrig bleibenden Kranken ist zu gering, als dass es die Mühe der neuen Einrichtung lohnen und die Anstalten wesentlich entlasten könnte". Alt widerlegt auch dies. Geeignet sind die Rekonvaleszenten von akuten Störungen und eine Anzahl chronisch Kranker, unter denen gelegentlich sogar ein scheinbar Unheilbarer in der Familienpflege Genesung findet. Da sind zuerst Idioten und Schwachsinnige. Wenn diese in der Anstalt an Ordnung gewöhnt, nach einem etwaigen Erregungszustand beruhigt sind, kann

die Anstalt häufig nichts mehr mit ihnen anfangen, sie bleiben da eine Last für die überfüllten Häuser, zum finanziellen Schaden der zu ihrer Unterhaltung Verpflichteten; denn für's bürgerliche Leben oder für die eigne Familie sind sie nicht oder wenigstens noch nicht reif. In der Pflegerfamilie dagegen können sie dauernd Beschäftigung finden, oder, falls sie soweit erziehbar sind, hier den Uebergang zum Leben draussen durchmachen. Auch Kranke, die zu Erregungszuständen neigen, sind hier nicht ausgeschlossen, denn den aufmerksamen Beobachtern, die sie umgeben, entgeht das Nahen dieser Zustände kaum und durch ärztliche Anordnung können alsbald Gegenmassregeln getroffen werden.

Epileptiker können nur mit grosser Vorsicht ausgewählt werden; Hysterische dagegen eignen sich vorzüglich. In der Anstalt, besonders wenn sie zu mehreren sind, ein beständiger Stein des Anstosses, leben sie sich, geeignete Pfleger vorausgesetzt, im Hause oft sehr gut ein. Geeignete Fälle finden sich demnächst unter den sekundär Schwachsinnigen, den Verrückten, den Paralytikern im Remissionsstadium, den leichten Zirkulären, chronisch Melancholischen und chronisch Manischen. Alles in allem mindestens 15% aller Geisteskranken!

3. „Es fehlt in der Nähe der Anstalten an einer geeigneten Bevölkerung". Man möge diesen Einwurf nicht vorschnell machen. Denn in Gegenden, wo Familienpflege in grossem Stil neu eingeführt worden ist (Lierneux—Belgien 1884) hat man sehr gute Erfolge erzielt. Allerdings muss man „ländliche Gegenden mit solchen Familien bevorzugen. die eine redliche, menschenfreundliche und geduldige Gemüthsart, dann aber auch eine gewisse Intelligenz und mittleren Wohlstand aufweisen": kleine Ackerbürger, Handwerker, Förster und andre Unterbeamte in oder ausser Dienst. Aeltere Wärter oder Wärterinnen, die sich in der Nähe der Anstalt verheirathet haben, geben einen guten „Stamm". Verf. hat, um genügende Pflegekräfte für seine neue Anstalt heranzuziehen, eine Kolonie von verheiratheten Wärtern gegründet, gleichzeitig als Ausgangspunkt einer ausgebreiteteren Familienpflege. Und schon ist eine solche nicht nur bei den mit je einem Häuschen, Garten und Ackerland versehenen Wärterfamilien, sondern auch bei geeigneten Leuten in der Nachbarschaft in Gang gekommen. In der Umgebung kommunaler und andrer Riesenanstalten freilich wird man meist nur vereinzelte geeignete Familien finden. Will man diese Anstalten ernsthaft entlasten, so müssen in geeigneter Gegend kleinere Zentralen — Asyle — als Durchgangsstation für die ringsum in der Familienpflege zu verteilenden Kranken errichtet werden. Der Asylleiter, ein Irrenarzt natürlich, auf dessen Persönlichkeit dabei viel ankommt, muss mit Hilfe seiner Untergebenen die Familienpflege seines Bezirks ordnen und beaufsichtigen.

4. „Die Billigkeit der Verpflegung in Familien wird durch das Zurückhalten von Kranken, die ebensogut zu Hause leben könnten, aufgewogen." Das trifft wiederum nicht zu. Zur Selbstständigkeit, zum Wunsche, wieder ganz frei zu leben, werden die Pfleglinge hier mehr als in der Anstalt angeregt. Ausserdem aber kostet der Familienpflegling erfahrungsgemäss pro Tag nicht mehr als 1 Mark. Der Bau eigener Zentralen würde die Kosten pro Kopf und Tag etwa auf 1 M. 30 Pf. steigern, also nicht bis zu dem von den Anstalten günstigenfalls geforderten Preise. Am bedeutungsvollsten und berechtigsten ist der Einwand

6. den Anstalten würde ein gutartiges, versöhnendes, arbeitsames Element entzogen werden. Dem stellt A. die Erwägung gegenüber, dass es gerade Aufgabe der Anstalt ist, immer wieder die Anfangs minder brauchbaren und arbeitsfähigen Leute zur Arbeit und Ordnung zu erziehen, und dass hierfür die Anwesenheit vieler gut erzogener, die schon alle Arbeit verrichten, gelegentlich geradezu ein Hemmniss ist. Ausserdem bleiben unter den geschlechtlich Erregten, den zeitweise Gewaltthätigen, kurz den zur Familienpflege ungeeigneten, immer etliche tüchtige Arbeiter. Manche friedfertigen Naturen wollen auch garnicht aus der Anstalt fort, und die sollen ruhig darin bleiben. Zudem werden doch nicht blos angenehme, sondern, wie oben erwähnt, auch recht störende Elemente, hysterische, schrullenhafte Leute, die sich in dem straffen, ordnungsmässigen Betriebe ständig gekränkt fühlen und in der grossen Anstalt den rechten Resonanzboden für ihre Quengeleien finden, fortgeschafft. Und endlich — das Wohl der Kranken ist wichtiger als das der Anstalt.

Als Anhang folgen die für die Uchtspringer Familienpflege geltenden Bestimmungen.

Möge die Schrift den Bestrebungen des Verfassers viel neue Anhänger werben! F. L.

Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und dementia paralytica nebst einem anatomischen Befunde.

Von Dr. Carl Wickel-Tübingen, früher Marburg.

(Arch. f. Psych. Bd. 30. H. 2.)

In grösster Ausführlichkeit werden die Krankengeschichten von drei Frauen und drei Männern mitgetheilt, die theils in jüngeren Jahren (25) theils im reifen Alter (bis zu 51) seelisch erkrankt sind. Jedesmal hatte das Leiden Aehnlichkeit mit Lähmungsirrsein. Ziemlich regelmässig begann es mit Reizbarkeit einer-, Gleichgiltigkeit gegen wichtige Angelegenheiten andrerseits, und Stimmungswechsel. Es folgte dann jeweils ein Zustand seelischer Erregung, meist mit wechselnder Stimmung, die oft jäh umschlug, die Verstandeskräfte nahmen — mit Ausnahme einer Kranken — deutlich ab. Lichtstarre oder wenigstens Reaktionsträgheit der Pupillen war, abgesehen von dem eben erwähnten Falle, einer- oder beiderseits vorhanden, Sensibilitätsstörungen und Silbenstolpern gleichfalls wenigstens zeitweilig. — Minder verwerthbar für die Deutung des Krankheitsbildes waren andre Erscheinungen, wie Verwirrtheit, heftige Kopfschmerzen und vorübergehende Sinnestäuschungen bei einzelnen Kranken. Auch die Thatsache, dass bei fünf derselben syphilitische Ansteckung nachgewiesen werden konnte, sprach für Lähmungsirrsein ebensogut als für Gehirnlues. Dagegen wurde Verf. durch eine dritte Reihe von Beobachtungen bestimmt, bei vier seiner Kranken reine Gehirnlues und bei zweien eine solche in Verbindung mit später ausgebildeter Paralyse anzunehmen. Es bestanden nämlich manche Abweichungen, die nicht dem Lähmungsirrsein zukommen, sondern direkt auf Hirnsyphilis hinweisen: flüchtige Augenmuskellähmungen, verschieden lange anhaltender, theils völliger Sprachverlust, theils Verlust der Wortbilder (amnestische Aphasie), kurz währende, plötzliche Halbseitenlähmung, einmal Stauungspapille. Es bestanden ferner die erfahrungsgemäss während der Paralyse ungemein seltenen körperlichen Zeichen der floriden Lues: Ausschläge, Geschwüre, Papeln, die bei Jod- und Quecksilberbehandlung zurückgingen. Die Krankheitseinsicht war fast stets vorhanden. Am Massgeblichsten war der Verlauf der Krankheit: Im ersten Fall bleibt die mässige Geistesschwäche seit drei bis vier Jahren unverändert; im zweiten tritt in derselben Zeit unter Anwendung von Quecksilber eher eine Besserung ein; der dritte Fall verläuft in der letzten Zeit unter dem Bilde fortschreitender Verblödung; im vierten, der übrigens recht wenig an Paralyse gemahnt und eine 25jährige betrifft, tritt nach spezifischen Kuren endlich Heilung ein; der fünfte ergiebt

eine an Heilung grenzende Besserung, gleichfalls unter anti luetischer Behandlung, nach $2^1/_2$ Jahren; beim sechsten verändert sich auf die spezifische Kur hin das Befinden nach der ungünstigen Seite, Anfälle von Sprachlosigkeit treten ein, Verzweiflung wechselt mit hohem Glücksgefühl und lächerlichem Grössenwahn, zahlreiche Krampfanfälle beschliessen die Scene. In diesem Falle wurde die Leichenöffnung ausgeführt und ergab neben allgemeiner Meningitis und Faserschwund in der Rinde, syphilitische Arterienerkrankung im Gehirn. F. L.

Chirurgie.

Ueber die Verletzungen und Aneurysmen der Art. glutaea und ischiadica.

Inaugural-Dissertation von Richard v. Varendorff, Ass.-Arzt am Landkrankenhause zu Hanau. 1899.

Die unter Professor v. Büngner entstandene Arbeit giebt ein übersichtliches Bild von den bisher zur Beobachtung und Behandlung gekommenen Fällen von Verletzungen und Aneurysmenbildung der wichtigsten Gesässarterien. Die relativ geschützte Lage dieser Gefässe bringt es mit sich, dass die Zahl der bis jetzt beschriebenen Fälle keine zu grosse ist. Im Ganzen liegen der Dissertation, in welcher die Krankengeschichte eines Falles von spontanem Aneurysma der Arteria ischiadica ausführlicher geschildert und durch zwei Abbildungen illustrirt wird, zu Grunde: 13 Fälle von Verletzung der Art. glutaea und ischiadica, 24 Fälle von traumatischem und 31 Fälle von spontanem Aneurysma der Glutaealarterien. Aus den diagnostischen und therapeutischen Bemerkungen Verfassers sei Folgendes hervorgehoben: Was zunächst die nicht immer leicht festzustellende Verletzung eines grösseren Gefässes der Gesässgegend betrifft, so sind, neben der Richtung und dem Verlauf des Wundkanals, für die Diagnose die Blutungserscheinungen von grösster Bedeutung. Eine heftige Primärblutung ist ein untrügliches Kennzeichen der Arterienverletzung. Doch kann dieselbe fehlen, ohne dass darum die Arterie intakt zu sein braucht. Es kann in ausgedehntester Weise nach innen bluten; dann werden die Mm. glutaei von ihrer Unterlage abgewühlt, emporgehoben und es entsteht ein primäres arterielles Haematom. Auch beim Fehlen jeglicher Blutung gestattet ein Symptom, das Auftreten eines bei der Auskultation wahrnehmbaren, mit dem Pulse isochronen hauchenden oder schabenden Geräusches am Orte der Verletzung, eine absolut sichere Diagnose auf Arterienverletzung. Für eine solche spricht auch die in der Mehrzahl der Fälle nach einiger Zeit auftretende Nachblutung. Was die Therapie betrifft, so ist die doppelte Unterbindung in loco bei Verletzungen der Art. glutaea und ischiadica als das Normalverfahren anzusehen. Die nicht minder oft schwierige Diagnose des Glutaealaneurysma gründet sich hauptsächlich auf den Symptomencomplex von Pulsationen, Geräuschen mit aneurysmatischem Charakter und ischiadischen Schmerzen. In differentiell-diagnostischer Beziehung kommen besonders Abscesse und Myeloid-Sarkome in Betracht. Ein dauernder sicherer Heilerfolg ist nur durch eine aktive chirurgische Therapie zu erreichen. Das rationellste Heilverfahren, sowohl hinsichtlich der relativen Gefahrlosigkeit als auch hinsichtlich der Sicherheit des Erfolges, ist die Operation nach Antyllus (Spaltung des Sackes nach centraler und peripherer Unterbindung des Arterienstammes und sämmtlicher vom Aneurysma ausgehenden Seitenäste). Wenn irgend möglich empfiehlt es sich, die Exstirpation des Sackes gleich anzuschliessen. Die Zahl der bisher beobachteten Fälle von traumatischem Glutaealaneurysma steht vor der Anzahl der spontan entstandenen nur unwesentlich zurück. Als Ursache für die letzteren kommen hauptsächlich in Frage die Arteriosklerose und der akute Gelenkrheumatismus, bezw. die in seinem Gefolge auftretende Endocarditis. Traumatischen Einwirkungen leichterer Art ist keine Bedeutung beizumessen; höchstens können sie bei krankhaft verändertem Arteriensystem als Gelegenheitsursache eine Rolle spielen. Für die operative Behandlung der spontanen Glutaealaneurysmen kann nur die Ligatur der Hypogastrica zur Anwendung kommen, doch ist dieselbe nicht ungefährlich, zumal bei bestehenden hochgradigen Arterienveränderungen. Ein nahezu ungefährliches Verfahren bei mindestens der gleichen Sicherheit des Erfolges stellt die Injektion von Eisenchlorid dar. Vielleicht bietet die neuerdings empfohlene Gelatinebehandlung noch günstigere Aussichten. —y.

Erzielung tragfähiger Stümpfe durch Nachbehandlung.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Bürgerhospitals in Köln.
(Dirig. Arzt: Geh. San.-Rath Prof. Dr. Bardenheuer.)

Von Dr. Hugo Hieronymus Hirsch.

(Deutsche medizinische Wochenschrift No. 47, 1899).

Bisher versuchte man die Tragfähigkeit der Schaftstümpfe durch Besonderheiten des wundärztlichen Eingriffes zu erreichen, Bestrebungen, die erst in jüngster Zeit von praktischem Erfolg gewesen sind. Verf. zeigt einen neuen Weg, auf dem es gelingt, den Stumpf des nach dem gewöhnlichen Verfahren abgesetzten Gliedes in kurzer Zeit tragfähig zu machen. Er unterwirft denselben nach beendeter Wundheilung einer konsequenten, zielbewussten Nachbehandlung, deren Massnahmen in Folgendem bestehen: 1) Bleibt der Kranke — es sei ein Unterschenkel-Amputirter — zunächst nach wie vor dauernd zu Bett, nach wie vor mit gehörig hochgelagertem Stumpf. 2) Ein- oder zweimal des Tages wird das Stumpfende bis zu einer halben Stunde massirt, zuerst eine Zeit lang trocken, dann mit 2 % Salicylsäure-Olivenöl. 3) Nach jeder Massirung wird der Stumpf wieder gehörig mit Watte und Gazebinden verbunden. 4) Es wird eine Kiste oder ein Holzrahmen in das Bett hinein, vor die untere Querwand desselben gelegt; hiergegen hat der Kranke mit dem hochliegenden, watteumwickelten Stumpfe 1—2 stündlich etwa 5—10 Minuten lang Tretübungen auszuführen. 5) Sowohl nach jeder Massirung, wie auch nach jeder Tretübung hat der Behandelte mit dem verstümmelten Gliede etwa 2—4 Minuten lang Freiübungen anzustellen, kräftige Beuge- und Streckbewegungen der erhaltenen Gelenke, in langsamer, taktgemässer Aufeinanderfolge. 6) Erhält der übende Stumpf allabendlich ein warmes Sodabad. Mittels dieser vereinigten Maassnahmen ist in den behandelten Fällen erreicht worden, dass Kühle, Schwellung und dunkle Röthe, die Zeichen von Stauung des Blutes, schwanden, dass derbe Zelleinlagerungen sich auflösten, dass feste Verwachsungen der Narben sich lockerten, dass die Haut am Ende des Stumpfes leicht verschieblich wurde und dass kleine, harte Auflagerungen, die sich am Rande der Knochensägefläche gebildet hatten, sich zurückbildeten. Gleichzeitig wurde durch diese Nachbehandlung einer Muskelatrophie vorgebeugt, das Allgemeinbefinden günstig beeinflusst und der Stumpf widerstandsfähiger gegen äussere Reize gemacht. Hat man dies Alles erreicht, so wird 7) ein kleiner Sack mit Haferspreu neben das Bett gestellt, auf welchem dann der Kranke 1—2 stündlich 5—15 Minuten lang Stehübungen zu verrichten hat. Er stellt sich erst mit etwas gespreizten Beinen — den gesunden Fuss auf dem Boden, den Stumpf auf dem weichen Sack — und stützt noch zur Sicherung des Gleichgewichts die Hände auf den Bettrand auf. Dann wiegt er die Körperlast hin und her, bald mehr den Stumpf belastend,

bald mehr den gesunden Fuss. Später übt er dann, das gesunde Bein erhebend, auf dem Stumpf allein zu stehen. Nach der Uebung im Stehen, die man mannigfach abändern kann, steigt der Kranke jedesmal wieder ins Bett, macht einige kräftige Freiübungen und legt den Stumpf wieder hoch. Ist so der Behandelte schliesslich dahin gelangt, dass er ohne irgend welche Beschwerden den Stumpf ausgiebig zum Stehen benutzen kann, dann verlässt derselbe dauernd das Bett und erhält vorläufig einen einfacheren Gliedersatz, in welchem er sofort mit alleinigem Aufstützen der Endfläche des Stumpfes, ohne Krücken und ohne Stock, fest und sicher umhergehen kann. Bis zur Fertigstellung des endgiltigen Gliedersatzes, der sich von den bisher gebräuchlichen dadurch unterscheidet, dass er allein das Ende des Stumpfes und gar nicht die Seitenflächen stützt, macht der Kranke weiter fleissig Stehübungen, aber jetzt mit dem blossen Stumpf und auf dem harten Fussboden; Anfangs erhält er wohl noch ein zusammengefaltetes Tuch unter den Stumpf gelegt, nachher tritt er unmittelbar auf den Boden. Auch diese Uebungen werden gut vertragen, wenn jedesmal hinterher das verstümmelte Glied in freier Luft kräftig gebeugt und gestreckt wird. Es stärkt sich darnach die Hornschicht der zur Stumpfbedeckung verwandten Haut, und so vermehrt sich die Widerstandskraft der Sohle des Stumpfes noch weiter. Nach denselben Grundsätzen verfährt man bei Amputationen an anderen Stellen und erreicht durch diese rationelle Nachbehandlung eine Tragfähigkeit des Stumpfes nach 4—8 Wochen. —y.

Innere Medizin.

Ueber traumatische Erkrankungen der Magenschleimhaut.

Von Prof. Dr. R. Stern-Breslau.

(Deutsche medizinische Wochenschrift 1899, No. 38.)

Die praktische Ausführung der Unfallgesetzgebung fordert von den Aerzten ein sorgfältiges Studium der bisher sehr vernachlässigten ätiologischen Beziehungen zwischen Trauma und inneren Krankheiten. Verf. will hier nur die Erkrankungen der Magenschleimhaut behandeln, während er bezüglich der anderen Magenkrankheiten auf sein im Druck befindliches 2. Heft „Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten verweist.

Die veranlassenden mechanischen Einwirkungen können sowohl direkte als indirekte sein; dass durch solche Einwirkungen Einrisse, auch Substanzdefekte in der Magenschleimhaut entstehen können, sei ganz sicher. In Bezug auf die pathologische Anatomie der traumatischen Erkrankungen seien wir noch sehr unvollkommen unterrichtet, da bezügliche Obduktionen fehlen; die meisten Fälle dieser Art sind nach kurzer Zeit völlig geheilt. Wunden der Magenschleimhaut zeigten grosse Tendenz zur Heilung; das lehrten klinische Erfahrungen und die bekannten Thierversuche von Quincke, Daettwyler, Ritter und Vanni u. A. Die von verschiedenen Autoren veröffentlichten klinischen Beobachtungen theilt Stern in zwei Gruppen: 1. rasch zur Heilung gelangende und 2. chronisch verlaufende Fälle. In Bezug auf die erste Gruppe ist zu bemerken, dass „eine einfache traumatische Magenschleimhautzerreissung zunächst dieselben Symptome machen kann, die wir als die klassischen des Ulcus ventriculi zu betrachten gewohnt sind: Blutung, spontanen Schmerz und Druckempfindlichkeit in einem circumscripten Bereich.“ In Bezug auf die zweite Gruppe existirten Fälle, in denen das Trauma in einwandfreier Weise festgestellt ist, wo es sich um kräftige Männer in mittlerem Lebensalter handelt, bei welchen nichts für die Annahme eines bereits vor dem Trauma vorhandenen Ulcus sprach. Für diese Fälle scheint die Prognose nicht so günstig wie für die der 1. Gruppe. Stern geht dann weiter auf die in letzter Zeit mehrfach diskutirte traumatische Entstehung des Magencarcinoms ein.

„Trotz der auf diesem Gebiete herrschenden Unsicherheit zwingt uns die Ausführung der Unfallgesetzgebung, Entscheidungen zu treffen, die natürlich nicht den Anspruch erheben dürfen, als wissenschaftliche Urtheilssprüche zu gelten, sondern auf eine Abwägung von Wahrscheinlichkeiten hinauslaufen. Die meisten Aerzte stehen heute — wie ich meine, mit Recht — auf dem Standpunkt, dass es gerade wegen der Unsicherheit unserer Kenntnisse nicht gestattet ist, die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs zwischen einem Trauma und einer später an der Stelle der Verletzung sich entwickelnden Geschwulst a limine abzulehnen. Denn wir dürfen keinesfalls unter unserer Unkenntniss den Arbeiter, bezw. seine Hinterbliebenen leiden lassen.“

Für die Abwägung jener Wahrscheinlichkeit kommen in Betracht: der Ort und die Art der Verletzung und die zeitliche Entwicklung der Geschwulst nach dem Trauma. In Bezug auf die Zeit meint St., dass ein Magencarcinom, dessen Wachsthum durch ein trauma ausgelöst worden sein soll, frühestens nach einigen Wochen die ersten Symptome machen und kaum vor einigen Monaten einen palpablen Tumor bilden kann. Andererseits „darf man sagen, dass, wenn sich innerhalb der Zeit, welche maligne Neubildungen erfahrungsgemäss in der grossen Mehrzahl der Fälle zu ihrer Entwicklung brauchen, d. h. innerhalb von 2—3 Jahren nach dem Trauma, gar keine Symptome zeigen, für ein später auftretendes Carcinom zwar vielleicht noch die Möglichkeit, nicht aber eine ärztlicherseits zu begründende Wahrscheinlichkeit des Kausalzusammenhanges besteht. Ausnahmen würde man unter zwei Bedingungen gelten lassen dürfen: wenn sich nach dem Trauma zunächst chronische, entzündliche Prozesse entwickeln, an die sich dann erst nach Jahren ein Carcinom anschliesst, oder wenn bei der Sektion ein Zusammenhang der Neubildung mit einer von der Verletzung herrührenden Narbe sich ergiebt.“

Augen.

Ueber binoculares, stereoskopisches und körperliches Sehen bei einseitiger Aphakie und einseitiger Sehschwäche unter Berücksichtigung der Unfallgesetzgebung.

Von Prof. H. Schmidt-Rimpler in Göttingen.

(Wiener medizinische Wochenschrift, No. 43, 1899.)

Die Frage, ob körperliches Sehen und eine richtige Schätzung der Tiefendistanzen bei einem Individuum vorhanden ist, hat in neuerer Zeit eine besondere praktische Bedeutung durch die Unfallgesetzgebung gewonnen, da bei Fällen einseitiger Sehschädigung der etwaige Verlust des körperlichen Sehens für die Abmessung der Verringerung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist. Die hierdurch bedingte reelle Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit fällt freilich durchschnittlich nicht sehr ins Gewicht, sobald erst einige Monate der Gewöhnung vergangen sind, wo manche Arbeiten etwas langsamer und unsicherer ausgeführt werden. Wenigstens gilt dies von jugendlichen Individuen, und für die Richtigkeit dieser Behauptung spricht die Thatsache, dass man Schielende und Einäugigsehende in allen Geschäftszweigen in voller Thätigkeit antrifft. Eine schnelle und entsprechend feine Tiefenschätzung, ohne dass die Hilfsmittel der Kopfbewegung, der Augenkonvergenz oder der Akkomodation benützt werden, kann nur ein mit beiden Augen gleichzeitig Sehender aus-

führen. Aber nicht jeder Binocularsehende vermag dies; besonders störend wirken starke Refraktionsdifferenzen, wie man sie nach Unfällen durch traumatische Staare und folgende Linsenentfernung eintreten sieht. In der Göttinger Klinik angestellte Versuche haben ergeben, dass, wenn ein Auge aphakisch ist, trotz guten Sehvermögens und Korrektion durch Brillengläser selbst bei dem Vorhandensein eines binocularen Sehaktes, der eine stereoskopische Verschmelzung ermöglicht, dennoch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keine exakte Tiefenschätzung möglich ist. Viel geringere, oft keine Schädigung der Tiefenschätzung entsteht hingegen, wenn durch einen Unfall eine einseitige Verminderung der Sehschärfe eintritt. Selbst bei erheblichen Sehdifferenzen zwischen beiden Augen, wenn keine oder nur geringe Differenz der Refraktion vorhanden ist, kann sie normal bleiben. Soll man sich hierüber, wie bei Unfallattesten erforderlich, äussern, so wird in der Regel schon der Feststellung des binocularen Einfachsehens im Stereoskop oder auch des Auftretens übereinanderstehender Doppelbilder bei Vorhalten eines Prismas vor ein Auge genügen, um ein Körperlichsehen, falls dasselbe früher bestanden, auch als nach dem Unfall verblieben anzunehmen. Anders hingegen liegt die Sache bei grossen Refraktionsdifferenzen, also bei etwa eingetretener Aphakie; hier müssen reelle Proben in der Tiefenschätzung vorgenommen werden. Durchgehend wird sich freilich herausstellen, dass sie die monokulare nicht erheblich übersteigt. — y.

Doppelseitige Erblindung durch Teschingschuss.

Von Dr. Haberkamp.

(Archiv für Augenheilkunde 1899, Bd. 38, S. 205—208.)

Ein junger Bergmann erhielt, wahrscheinlich beim Wildern, einen Teschingschuss von rechts her. Das Projektil durchschlug das Jochbein, nahm seinen Weg quer durch den rechten Bulbus, welcher in Folge dessen vollständig schrumpfte, durchdrang die Nasen- und die linke Augenhöhle. Die Verletzung der Regio olfactoria führte zum Verluste des Geruches. Der linke Augapfel erlitt wahrscheinlich eine starke Erschütterung; denn es trat vollständige Netzhautablösung mit Erblindung ein. Auf seinem ferneren Wege drang das Geschoss vermuthlich in die Schädelhöhle ein, durchbohrte den Schläfenlappen des Grosshirns und die Schuppe des Schläfenbeins, um unter der Kopfschwarte liegen zu bleiben. Möglicher Weise fand auch keine Eröffnung der Schädelhöhle statt, indem das Geschoss aus der linken Augenhöhle durch den grossen Keilbeinflügel in die Schädelhöhle gelangte. Die Kugel wurde durch einen Einschnitt oberhalb des linken Gehörganges entfernt.

Groenouw.

Hygieine.

Ueber die Ansteckungsgefahr in Eisenbahnwagen.

Von Prof. R. Kobert-Rostock.

(Deutsche Aerztezeitung, Heft 13, 1899.)

Es lässt sich nicht leugnen, dass die Vorkehrungen, welche die Eisenbahn-Verwaltungen getroffen haben, um Reisende gegen Ansteckung durch übertragbare Krankheiten zu schützen, noch weit hinter den Anforderungen zurückbleiben, die wir auf Grund unserer heutigen hygienischen Erkenntniss erheben müssen. Man braucht dem Sachverständigen nur die Namen einiger Krankheiten zu nennen, wie Keuchhusten, Tuberkulose, um des Beweises für diese Behauptung enthoben zu sein. Verf. macht zur wirksamen Abhilfe der hier drohenden Gefahren einige sehr beachtenswerthe Vorschläge, die in Folgendem gipfeln: 1. Umfangreiche Einzeluntersuchungen der verschiedensten Eisenbahnzüge seitens der Bakteriologen der Universitäten, des Reichsgesundheitsamtes, der hygienischen Institute der grossen Städte u. s. w. behufs genauerer Feststellung der Gefahren. 2. Erlass eines Reichseisenbahngesetzes, welches die Interessen des Publikums und der Hygiene den Eisenbahnverwaltungen gegenüber energisch zum Ausdruck bringt, letzteren aber auch das Recht verleiht, die wünschenswerthen hygienischen Neuerungen mit drakonischer Strenge durchzuführen. 3. Solche von den Eisenbahnen ausgehende Neuerungen könnten folgende sein: Die Sammet- und Plüschüberzüge der Sitzplätze und die haarigen Teppiche der Fussböden sind für immer zu beseitigen und durch glatte, waschbare Ueberzüge zu ersetzen. Winkel und tote Räume (z. B. unter den Sitzen) sollen nach Möglichkeit beseitigt werden. Die tägliche gewöhnliche Reinigung des Wageninneren muss auf nassem Wege vorgenommen werden können. Aufstellung von Behältern für Speisereste, Papier u. dgl., Anbringung von zwei Wandspucknäpfen in jedem Wagenabtheil. Ausspeien an die Erde zieht nicht nur sofortige Ausweisung, sondern auch Geldstrafe nach sich. Die Benutzung der gewöhnlichen Wagen ist nur Gesunden gestattet. Kranke irgend welcher Art (eine wohl etwas zu weit gehende Forderung. Ref.) erhalten gegen ärztlichen Schein das Recht, besondere — etwas bequemere — Wagenabtheile zu benutzen, die unter sachgemässer Aufsicht alltäglich, bezw. nach jeder Benutzung der Formalindesinfektion unterworfen werden. Als Kranke haben sich auch alle solche Personen zu betrachten, welche Husten, Wunden oder Eiterungen, Ausschläge etc. haben. (Auch diese Forderung erschwert höchstens die Durchführung der dringend nothwendigen Separirung. Ref.). Die Beförderung von solchen Kranken, welche spätestens eine Stunde vor Abgang des Zuges einen ärztlichen Schein am Schalter abgegeben haben, muss die Bahnverwaltung übernehmen, während sie solche Patienten, welche sich mit ihrem Schein erst später melden oder gar keinen Schein haben, nur so weit, als der Platz gerade reicht, zu berücksichtigen braucht. Kranke, welche in die Abtheile für Gesunde steigen, werden bestraft und von der Weiterbeförderung ausgeschlossen. 4. Die Aerzte übernehmen von sich aus gegen eine sehr geringe Entschädigung die Verpflichtung, jedem ansteckenden Kranken, den sie mit der Eisenbahn fortschicken, einen mit Datum und deutlicher Unterschrift des Arztes versehenen Fahrberechtigungsschein auszustellen, der am Schalter vorzuweisen ist. Name und Krankheit des Patienten braucht er nur bei besonders gefährlichen Krankheiten, z. B. Lepra, zu enthalten. Die ärztlichen und hygienischen Vereine übernehmen es einerseits als Ehrenpflicht, den Eisenbahnen bei der Einführung der neuen Massnahmen nach Kräften beizustehen; andererseits dürfen sie auch nicht eher ruhen, als bis die Reichsregierung den Eisenbahnen die genannten Massnahmen aufgezwungen und dadurch das Publikum gesichert hat. Fälle von muthmasslicher Ansteckung in Eisenbahnwagen sind von den Vereinen zu sammeln und zu veröffentlichen. An die Regierungen und ärztliche Gesellschaften der Nachbarländer sind Gesuche zu richten, in gleicher Weise vorzugehen. 5. Belehrung des Publikums. — Wird man auch nicht allen Punkten dieses umfangreichen Programmes vorbehaltlos zustimmen können, so wird sich doch schon Manches erreichen lassen, wenn die Hauptforderungen, die Verf. erhebt, Erfüllung finden. Gar zu viel Illusionen wird man sich freilich in Bezug auf die Anerkennung dieser in den Verkehr, wie in die Freiheit des Einzelnen tief einschneidenden Forderungen nicht hingeben dürfen, um so rathsamer ist es, nicht zu viel zu fordern. -y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Ueber die Bruchanlage und -Erkrankng in ihrer Bedeutung für die Militärdiensttauglichkeit und der Entscheid über Versorgungs- bezw. Entschädigungsansprüche

hat Herr Prof. Dr. Graser-Erlangen in der gemeinschaftlichen Sitzung der Abtheilung für Militär-Sanitätswesen und Unfallwesen auf der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München einen sehr bemerkenswerthen Vortrag gehalten, aus dem wir nach der Münch. Med. Wochenschrift No. 50 Folgendes referiren: Man hätte seit der Unfallgesetzgebung an den Bezeichnungen gerüttelt: es müsse festgehalten werden, dass man unter einem Bruch den fertigen pathologischen Zustand verstehe, dass ein Eingeweide unter Vorstülpung des parietalen Bauchfells aus der Bauchhöhle hervorgetreten ist; ein ausgebildeter Bruch hat eine Bruchpforte, einen aus parietalem Peritoneum bestehenden Bruchsack und einen Bruchinhalt (Eingeweide). — Der Redner stellt „trotz entgegenstehender Ansichten namhafter Autoren z. B. Linhart" die Ansicht auf, dass bei einem normalen Manne durch die Häufung schädlicher Einflüsse (schwere körperliche Arbeit im Stehen, vornehmlich in gebückter Stellung) ein Leistenbruch erzeugt werden kann; es handelt sich dabei in der Regel um ganz unscheinbare auf lange Zeit sich erstreckende fast unmerkliche Minirarbeit, eine durch längere Zeit fortwirkende Häufung von Schädlichkeiten. Die ersten Stadien der Bruchbildung werden von den allermeisten Menschen garnicht an sich beobachtet. In einer Anzahl von Fällen werden aber besondere Gelegenheitsausnahmen angeführt, bei denen der Bruch hervorgetreten sei, und man hat diese Brüche als „Gewaltbrüche" als „hernie de force" bezeichnet. Die Statistik darüber schwankt in sehr weiten unsicheren Grenzen, zwischen 3 und 40 Prozent.

Die absolute plötzliche Entstehung eines Bruches mit allen nothwendigen Attributen sei jedenfalls so enorm selten, dass man sie praktisch vollständig unbeachtet lassen kann. Sie sei theoretisch unwahrscheinlich, und käme sie einmal vor, dann hätten wir es bestimmt mit einer so schweren plötzlichen Erkrankung zu thun (Shock, heftigste Schmerzen, Erbrechen u. s. w.), dass sofort nach dem Arzt geschickt und das Bett aufgesucht würde. Anders stände es mit mit denjenigen sehr häufig vorkommenden Fällen, in welchen der Patient auf's Bestimmteste behauptet, dass er früher keinen Bruch hatte, und dass mit einem Male bei einer besonderen Veranlassung ein solcher zum Vorschein gekommen sei. Die Vorstellung sei leicht, dass unter einem gewaltigen Ruck die Baucheingeweide, ein nachgiebig gewordenes, auf der Unterlage gelockertes Bauchfell ein Stück weit vorgetrieben und so ein seit längerer Zeit vorbereiteter Bruch fertig wird. Es wäre ohne Weiteres zu begreifen, dass in einem kleinen Bruch bei starker Anstrengung der Bauchpresse unter Dehnung des Bauchringes und Vergrösserung des Sackes ein grösseres Stück Darm und Netz herausgepresst wird, und so eine elastische Einklemmung beim Nachlass der Bauchpresse entsteht. „In 90 Fällen von hundert geht die Ausstülpung allmählich vor sich, in 9 von hundert geht es ruckweise, und einmal ist es ein besonders kräftiger Ruck, der vorwärts gemacht wird." Das ruckweise Vergrössern oder Zumvorscheinkommen schliesst aber die Thatsache einer durch Unfall bedingten Schädigung nicht aus; doch komme man bei Unfallsbrüchen über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose nicht hinaus. Besondere Anzeichen der gewaltsamen Vortreibung in Gestalt von Sugillationen, von Oedemen, von Druckschmerzen sucht man vergebens, wenn nicht gleichzeitig Einklemmung vorhanden.

Der Redner fasste seine sehr klaren und eingehenden Erörterungen über das in den letzten Jahren gelegentlich der Begutachtung von Unfallverletzten so vielfach besprochene Thema in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Die Mehrzahl der Leistenbrüche bei Erwachsenen entsteht in Folge einer ganz allmähligen Ausstülpung des Bauchfells unter Mitwirkung der Eingeweide.

2. Eine plötzliche gewaltsame Entstehung eines Leistenbruches in allen seinen Bestandtheilen ist theoretisch sehr unwahrscheinlich, durch die praktische Erfahrung nicht erwiesen.

3. Eine plötzliche Vergrösserung eines in der Entwickelung begriffenen Leistenbruches ist sehr wohl möglich und muss unter besoneeren Umständen als Unfall im Sinne des Gesetzes betrachtet und entschädigt werden.

4. Die Diagnostik eines Unfallbruches kann sich nicht auf ein bestimmtes Symptomenbild stützen und kann in den meisten Fällen nur die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit feststellen.

5. Es giebt eine Reihe von Zuständen, welche man als Bruchanlagen, d. h. als eine die Entstehung von Leistenbrüchen erleichternde besondere Leibesbeschaffenheit bezeichnen muss.

Ueber Spondylitis traumatica

hielt Dr. Schulz (Hamburg-Eppendorf) ebenfalls auf der Naturforscher-Versammlung in München einen Vortrag, von dem das Centralblatt für Chirurgie, No. 50, einen Selbstbericht bringt, aus welchem wir Folgendes entnehmen: Dr. H. Kümmell-Hamburg hat zunächst im Jahre 1891 das Symptomenbild der traumatischen Spondylitis als ein besonderes von den übrigen Wirbelverletzungen zu trennendes aufgestellt.*) Die Ursache der Erkrankung bildet stets ein Trauma, sei es, dass ein schwerer Gegenstand auf Kopf, Nacken oder Rücken des Pat. herniederfällt, oder dass durch plötzliches Rückwärtsknicken des Oberkörpers eine Quetschung der Wirbelsäule entsteht. Im weiteren Verlaufe derselben lassen sich nun 3 Stadien unterscheiden: Das der Verletzung unmittelbar folgende Stadium des Choks, nach dessen Ueberwindung sich eine gewöhnlich nur kurze Zeit anhaltende lokale Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und eventuelle Rückenmarkserscheinungen anschliessen. Sodann das Stadium des relativen Wohlbefindens und der Wiederaufnahme der Arbeit. Drittens das Stadium der Gibbusbildung und erneut einsetzender Schmerzen an der alterirten Partie der Wirbelsäule. Die Dauer der beiden ersten Stadien wird nach Art und Schwere des Unfalls im einzelnen Falle wechseln, der Uebergang von dem einen zum anderen sich mehr oder weniger verwischen; darin aber liegt das Charakteristische der traumatischen Spondylitis: Der Gibbus und seine Begleiterscheinungen überraschen uns resp. den Verletzten dann, wenn der Unfall fast vergessen ist und der betreffende Pat. schon lange Zeit wieder gearbeitet hat.

Die Ursache dies erverspäteten Gibbusbildung suchte Kümmell in einem rarefizirenden, entzündlichen Prozess der Wirbelkörper mit nachfolgendem Substanzschwunde, er betonte aber schon damals ausdrücklich, dass für viele Fälle eine Kompressionsfraktur, Fissur des Wirbelkörpers als ätiologisches Moment sehr wahrscheinlich sei. —

K. hatte bereits selbst seine Ansicht in der Weise geändert dass wohl in allen Fällen von Spondylitis traumatica eine Kompressionsfraktur des betreffenden Wirbelkörpers vorgelegen, und der späte Gibbus durch eine abnorme Weichheit und zu frühe

*) Kümmell hat im Jahrgang 1895, No. 1 der Aerztl. Sachverst.-Zeitung eine Abhandlnng über diese Krankheitsformen veröffentlicht.

Belastung des spärlichen Callus zu erklären sei, als im ärztlichen Verein zu Hamburg von Rumpel ein Wirbelpräparat demonstrirt wurde, welches diese Annahme besonders erhärtete, Durch die Anamnese des einem anderweitigen Leiden erlegenen Pat. wurde nachgewiesen, dass der Fall genau in den Rahmen des von Kümmell gezeichneten Krankheitsbildes passte; die Autopsie ergab einen Kompressionsbruch des ersten Lendenwirbels. Der Körper dieses Wirbels war fast zu einem gleichschenkligen Dreieck mit seiner Spitze nach vorn eingedrückt, durch Synostosenbildung mit seinen beiden Nachbarwirbeln knöchern vereinigt. Von diesen Vereinigungsstellen ging eine knöcherne Masse aus, die als durch den Druck der Nachbarwirbel herausgepresst und dann erstarrt zu sein schien. Die Menge dieser Knochenneubildung entsprach jedoch nicht dem durch die Kompression entstandenen Substanzverluste des komprimirten Wirbels. Die frühere Annahme, dass in den meisten Fällen die einwirkende schädigende Gewalt eine viel zu schwache sei, um einen Bruch zu Stande zu bringen, dass andererseits die geringfügigen, rasch vorübergehenden Schmerzen einer so schweren Verletzung, wie die Fraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper sie bildet, nicht entsprechen würden, wurde durch diesen Fall widerlegt.

Nun wäre es aber falsch, jetzt alle Fälle von traumatischer Spondylitis oder besser „traumatischer Kyphose“ als Wirbelbrüche bezeichnen zu wollen. Wir haben es mit einem genau präzisirten Krankheitsbilde zu thun, dessen so ausserordentlich typischer Verlauf doch in keinem Falle mit dem Bilde einer akuten Wirbelfraktur sich deckt. Gerade die Kenntniss der oben beschriebenen Verletzung hat die Beurtheilung Unfallkranker, so weit sie die Wirbelsäule betrifft, wesentlich gefördert.

Diese mitgetheilten Beobachtungen seien an der Hand von 17 hierher gehörigen, in der chirurgischen Abtheilung des Neuen allgemeinen Krankenhauses behandelten Fällen gemacht. Die Untersuchung letzterer besonders bewies, dass die Prognose der traumatischen Spondylitis im Allgemeinen eine nicht ungünstige ist. Besonders die vergleichende Kontrolluntersuchung solcher Fälle, die auf Unfallrente keinen Anspruch haben, zeigte, dass nach 12—20monatlicher Ruhepause die Verletzten ihre frühere Erwerbsfähigkeit wieder erlangten. Selbstverständlich richtet sich diese Prognose nach einer zweckmässigen Behandlunng. Dieselbe ist eine rein mechanische und findet, nach absoluter Ruhelage von Anfang der Verletzung an, ihren Ausdruck in entsprechender Anlegung von Stützapparaten.

Sehr interessant war die sich an diesem Vortrag schliessende Diskussion, in welcher Oberst (Halle) die Meinung äusserte, dass er nicht glaube, dass sich an eine leichte Verletzung eine rarefizirende Ostitis anschliessen kann; alle Fälle der sog. Spondylitis traumatica seien als Frakturen aufzufassen. Das Neue bestehe darin, dass solche Frakturen durch geringfügige Veranlassungen entstehen können. Da die Frakturen anfänglich als Kontusionen aufgefasst werden, verlassen die Kranken zu früh das Bett und nach einiger Zeit bildet sich dann die Verbiegung aus. — Trendelenburg erwähnte, dass er noch keinen Fall von Spondylitis traumatica gesehen, dagegen sehr viele Fälle von Kompressionsfraktur; eine solche könne im Anfang sehr leicht übersehen werden. — Kümmell äusserte sich dann dahin, dass er die Anschauung, dass es sich um eine rarefizirende Ostitis handle, aufgegeben habe und jetzt auch das Vorliegen einer Kompressionsfraktur annehme; viele Fälle hätte er von Anfang an beobachtet, der Gibbus fehlt im Anfang und bildet sich erst nach Monaten aus. —

Verein der Bahn- und Kassenärzte im Bezirke der Königlichen Eisenbahn-Direktion Essen.

VI. Generalversammlung
am Dienstag, 4. Juli 1899, Nachmittags 3 Uhr, im Saale der Gesellschaft „Erholung“ — Ruhrort.

Anwesend 60 Mitglieder. Als Vertreter der Königlichen Eisenbahn-Direktion Herr Regierungsrath Polomski aus Essen.

In üblicher Weise ehrt die Versammlung das Andenken an die im letzten Jahre verstorbenen drei Mitglieder (Uhlenbruck-Oberhausen, Bergkammer-Essen und Gerdes-Witten) durch Erheben von den Sitzen. Bis jetzt haben 134 Bahn- und Kassenärzte ihren Beitritt zum Verein erklärt, von denen zwölf (sieben durch Sterbefall, vier durch Aenderung ihres Wohnsitzes und einer aus anderen Gründen) bereits wieder ausgeschieden sind.

Mitgliederzahl: 122. Kassenbestand Ende vorigen Jahres 195,36 M., dazu Einnahmen 297 M., ab Auslagen 239,01 M. — Bestand also heute 253,35 M. Entlastung wird ertheilt. Durchs Loos scheidet in diesem Jahre der Schrift- und Kassenführer (Berns-Mülheim) aus dem Vorstande aus. Wird wiedergewählt.

Der Vorsitzende (Sanitätsrath Dr. Wahl-Essen) berichtet dann kurz über die Sitzung des Ausschusses des Verbandes Deutscher Bahnärzte in Berlin am 24. Mai d. J., in der beschlossen wurde, dass in diesem Jahre kein allgemeiner deutscher Bahnärztetag stattfinden soll, und theilte ferner mit, dass mit Ausnahme von drei Direktionsbezirken jetzt überall in Preussen Bahnärztevereine gegründet sind; dass eine Kommission von drei Bahnärzten (je einer aus den Direktionsbezirken Erfurt, Halle und Magdeburg) gebildet worden ist mit dem Auftrage, die Frage der Hörprüfung nochmals eingehend zu erörtern und in der nächsten Ausschusssitzung darüber zu berichten. Dann berichtete er etwas eingehender über den Tuberkulosekongress, an dem er als Vertreter des Vereins theilgenommen hatte.

Herr Regierungsrath Polomski erörterte dann in einem längeren Vortrage die Stellung der Eisenbahnverwaltung zu verschiedenen Honorarfragen: Bezahlung der Gesundheitszeugnisse für neu einzustellende Arbeiter und Hilfsbeamte, Bezahlung der ausführlicheren Gesundheitszeugnisse, die für die Anstellung als Beamter erforderlich sind, und endlich die Erhöhung des Honorars für geburtshilfliche Hilfeleistungen bei den Frauen der Beamten. In der sich daran anschliessenden, lebhaften, längeren Besprechung kam verschiedentlich die Enttäuschung vieler, namentlich älterer Bahnärzte, die schon lange vor der Verstaatlichung Bahnärzte gewesen waren, fast keine Geburtshilfe mehr ausüben und durch den Ausfall der Bezahlung für die zur Erlangung der Anstellung als Beamter erforderlichen, zahlreichen Gesundheitszeugnisse einen nicht unwesentlichen Einnahmeausfall erleiden, recht kräftig zum Ausdruck. Die Ausführungen des Herrn Vertreters der Direktion lassen sich kurz dahin zusammenfassen:

1. Eine besondere Honorirung für Gesundheitszeugnisse soll in Zukunft nur bei solchen Bewerbern um Beamtenstellen stattfinden, die bisher noch in keinem Dienst- oder Arbeitsverhältniss zur Eisenbahn standen. Dieses Honorar (drei Mark) hat der Bewerber zu tragen. (Anmerkung: Für alle anderen Bewerber und diese [die früheren Rottenarbeiter, Hilfsbremser, Hilfsrangirer, Hilfsheizer u. s. w.] bilden die weitaus überwiegende Mehrheit [75—90 pCt. und noch mehr] müssen also in Zukunft diese Gesundheitszeugnisse unentgeltlich ausgestellt werden, während sie bis jetzt auch von diesen bezahlt werden mussten.)

2. Die Erhöhung des geburtshilflichen Honorars für die Entbindung von Beamtenfrauen von 10 auf 15 Mark ist in den nächsten Etat eingestellt, und

3. die Erhöhung der Untersuchungsgebühren für neu in den Dienst der Eisenbahn eintretende Arbeiter und Hilfsbeamte von 1 Mark auf 1,50 Mark ist auch in den nächsten Etat eingestellt. (Anmerkung: Diese Erhöhungen bedürfen noch der Genehmigung durch den Minister, die bis jetzt noch nicht bekannt geworden ist.)

Hierauf sprach Herr Dr. Hirschland jr.-Essen über traumatische Neurose. Der Redner gab einen kurzen historischen Ueberblick der Lehre von der zuerst railway-spine bezw. -brain, später bei uns allgemein traumatische Neurose genannten Affektion, wie sie von Erichsen, Riegler, Oppenheim, Strumpell u. A. zuerst beschrieben und alsdann der Gegenstand so vieler Kontroversen gewesen ist. Er machte auf die Schwierigkeit der Ausschliessung der Simulation aufmerksam, und theilt die Krankheitsbilder, wie sie nach Eisenbahn- und anderen Unfällen zu beobachten sind, in neurasthenische, hysterische und hypochondrische. Die einzelnen Symptome der Krankheit wurden besprochen, und daran Betrachtungen geknüpt, inwieweit dieselben simulirbar sind, und inwieweit dieselben als Grundlagen wirklich vorhandener Krankheitszustände aufzufassen seien. —

Anschliessend an diesen Vortrag hielt dann Herr Dr. R. Wagner-Speldorf einen ausführlichen Vortrag über „Simulation im Bahnbetriebe mit besonderer Berücksichtigung der sogen. traumatischen Neurose". (Dieser Vortrag wird in einer der nächsten Nummern in extenso veröffentlicht werden.)

Die dann folgende Dampferfahrt, an der auch der Eisenbahn-Direktionspräsident, Herr Becher aus Essen, theilnahm, dauerte über eine Stunde und war vom herrlichsten Wetter begünstigt. Alle Kollegen aus dem Industriebezirke, die bis jetzt Ruhrort und seinen grossartigen Hafen — den grössten Binnenhafen des europäischen Festlandes nur vom Hörensagen kannten, waren erstaunt ob der ungeheuren Ausdehnung der Hafenanlagen — nur einen Theil derselben konnten wir in schneller Fahrt in einer Stunde durchfahren — der grossen Anzahl prächtiger Dampfer (Rhein- und Seedampfer) und stattlicher Schiffe, von denen einige 30—36000 Centner = 150 bis 180 Doppelwagen Kohlen fassten, und all' der anderen kleineren und grösseren Fahrzeuge, die in schier unendlicher Menge die Häfen und den Rheinstrom durchfurchten. Dann ging's zum festlichen Mahle, bis der nimmer ruhende Zeiger zum Aufbruch in die Heimath mahnte.

Dr. Berns-Mülheim, Ruhr.

Mittheilungen aus der italienischen Literatur.

Vom Hygiene-Kongress zu Como am 28. September 1899 sei hier kurz das Folgende nach der Gazzetta degli ospedali, 1899, 121 und 122 erwähnt:

Abba und Rondelli theilen ihre Untersuchungen über Formaldehyd-Desinfektion mit. Das Mittel eignet sich nicht zur Desinfektion der Luft, sondern für Kleider, Wäsche und dergl.

Ueber die Desinfektion der Wohnräume Tuberkulöser einigt man sich dahin, dass als bestes Mittel Sublimat anzuwenden sei, dass aber für die ärmeren Klassen die Kommunen für ein Lokal zu sorgen hätten, in welchem die Wohnungsinsassen während der Desinfektion unterzubringen seien, so lange bis frische Luft und Licht die Desinfektion vervollständigt hätten. Auch für die Desinfektion der Eisenbahn-Wagen wird eine international zu vereinbarende Massregel empfohlen.

Im Uebrigen wird über die Verbreitung der Tuberkulose in Italien verhandelt und die Einrichtung von Sanatorien angestrebt.

Den Serum-Schutz-Impfungen bei Diphterie wie beim Tetanus redet Marenghi das Wort.

Einen breiten Raum nahmen die Verhandlungen über die Möglichkeit der Pest-Invasion und die Schutzmassregeln gegen dieselbe in Anspruch.

Torni berichtet über die Pest in Oporto. Die Krankheit sei dort nicht durch Insektenstiche verbreitet. Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen sprächen nur für eine Verbreitung durch den Magen- und Darmkanal und dafür, dass die pneumonischen und septicämischen Formen sekundäre Erscheinungen seien.

Die mit französischem Heilserum ausgeführten Versuche seien vollständig erfolglos geblieben. Bezüglich der Uebertragung durch den See-Verkehr einigt man sich darüber, dass Quarantaine vollständig nutzlos sei: der Schwerpunkt liege in hygienischen Massregeln, wie sie in anderen Epidemien angewandt werden und in der Isolirung und der Desinfektion, ferner einer prompten Diagnose und Anzeige der verdächtigen Fälle.

Galeotti berichtet über das von ihm und von Lustig dargestellte Pestheilserum, mit welchem von 30 Kranken 23 geheilt sein sollen. Auch in Bombay sei er seitens der Stadtbehörden aufgefordert, grössere Quantitäten zu liefern. Es sei dort mit Hilfe desselben die Mortalität auf 49 Prozent heruntergegangen, während sie sonst 80 Prozent betrage. Auch die Schutzimpfungen nach der Methode Haffkin hätten gute Resultate ergeben.

Terni behauptet, vom Pestheilserum weniger Erfolge gesehen zu haben; er hat aus dem soliden Theil der Pestbazillen-Körper, nach Abtötung der Bacillen selbst, einen Impfstoff dargestellt, welcher, dem Menschen einverleibt, im Blute Schutzstoffe zu erzeugen vermag, deren Wirksamkeit sich bei Kulturen nachweisen lässt.

Damit dem Ernst auch der Scherz nicht fehle, lenkt weiterhin Sormani (Pavia) die Aufmerksamkeit der Hygieniker auf die in Italien in schnellem Niedergang begriffene Sterbeziffer, während die Geburtsziffer beständig steige. Die Bevölkerungszunahme gehe in einem viel höheren Masse vor sich, als es die ökonomischen Hilfsquellen des Landes wünschen lassen. Es müsse ein Mittel gegen diese Bevölkerungszunahme geben, und er sei den Malthusianischen Ideen nicht abgeneigt.

Ihm antwortet Maggiora, dass diese Verhältnisse nicht Gegenstand hygienischer Sorge, sondern mit Freuden zu begrüssen seien. Italien habe noch Sümpfe und Land genug, welches der Reinigung und Verbesserung harre, um dann alle seine Einwohner ernähren zu können.

Den Präventivimpfungen mit Tuberkulin bei Kühen und auch beim kleinen Schlachtvieh redet Lanzilotti (Milano) das Wort.

Luzzani plaidirt für ein Gesetz, welches schwangere Frauen und Mädchen der arbeitenden Klasse in den beiden letzten Monaten der Schwangerschaft zu arbeiten verbietet.

Soffiantini und Franceschini beantragen eine staatliche Prophylaxis gegen syphilitische Krankheiten nach dem Vorschlag, wie ihn Fournier in Brüssel machte.

Zwei Fälle von Vergiftung durch Anilinöl beschreibt Marchesi aus dem Hospital zu Novara. Es handelte sich um zwei Arbeiter, welche mehrere Stunden hindurch damit beschäftigt waren, Anilinöl aus einem grossen Bottich auszufüllen und in Ballons einzugiessen.

Einige Zeit nach dieser Arbeit erkrankten Beide mit

Schwindel, Brechneigung, intensivem Kopfschmerz, dann folgte allgemeine Blässe, sehr kleiner Puls und Cheyne Stoke'sche Athmung, später Erbrechen von stark nach Anilinöl riechenden Massen u. s. w.

In dem einen Falle waren die Erscheinungen weit ausgesprochener als im anderen, obwohl die Schädlichkeit in beiden Fällen die gleiche war. M. schreibt dies auf eine chronische Lungenaffektion, von der er annimmt, dass sie als locus minoris resistentiae die Wirkung des Giftes erhöht habe.

Bemerkenswerth erscheint in beiden Fällen das blaue Aussehen der Schleimhäute, der Geruch des Athems nach Anilin, das Erbrechen von Massen, welche nach Anilin rochen, obwohl die Schädlichkeit nur durch die Athmungsorgane aufgenommen war.

Bisher noch nicht erwähnt ist, dass Amblyopie-Anilin-Vergiftung nach M. eine Amblyopie mit Verkleinerung des Gesichtsfeldes und peripherischem Skotom machen kann, welche hier in beiden beschriebenen Fällen beobachtet wurde. Hager (Magdeburg).

Gebührenwesen.

Nachträgliche Liquidation in gerichtlichen Fällen.

In der Untersuchungs-Sache wider K. hatte der Unterzeichnete in seiner Liquidation für zwei Reisen und ein Gutachten liquidirt, die angewiesen wurden. Zufällig ersah er ein Jahr später, dass er vergessen hatte Tagegelder zu liquidiren und stellte bei der Staatsanwaltschaft den Antrag, diese nachträglich anzuweisen. Es erfolgte Abweisung, unter Hinweis auf erfolgte Verjährung (über drei Monate § 16 der Geb.-Ordnung). Darauf wurde ein neuer Antrag an die Oberstaatsanwaltschaft gestellt mit folgender Begründung: „Es konnte in Frage kommen, ob hier nach Wahl nicht Tagegelder, sondern Gutachten liquidirt war. Dies musste aber verneint werden, weil das Gutachten motivirt und nach den Vorbesuchen auf Grund auch der Akten abgegeben, für eine einzelne Verrichtung an den betreffenden Besuchstagen aber überhaupt nichts liquidirt war. Ebenso wie nun eine Ueberschreitung der Gebühren zur Rückgabe der Liquidation an den Aussteller bezw. zur Herabsetzung derselben seitens der nachprüfenden Stelle geführt hätte, musste auch eine versehentliche Minderliquidation analog behandelt werden."

Auf diesen Antrag folgte die Verfügung des Oberstaatsanwaltes: „Ihre Gebühren sind meines Dafürhaltens nicht verjährt. Ich habe deshalb den Herrn Ersten Staatsanwalt zu Neisse ersucht, Ihre Liquidation erneut zu prüfen und, sofern nicht andere Bedenken bestehen, zur Festsetzung und Anweisung zu bringen."

Es wäre in der That eine Härte gewesen, für dies Versehen eine empfindliche, sozusagen Geldstrafe dem Liquidenten aufzuerlegen. Dr. Herm. Kornfeld-Grottkau.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Traumatische Neurasthenie.

Rek.-Entsch. vom 30. September 1899.

Der Geschirrführer P. aus H. bezog für die Folgen eines am 30. November 1896 erlittenen Betriebsunfalls — linksseitigen Rippenbruch mit nachfolgender Herzschwäche — auf Grund eines Gutachtens des Dr. med. B. zu H. vom 18. März 1897 und eines Gutachtens des Geheimen Sanitätsraths Dr. R. vom 23. März 1897 eine Entschädigung in Form der jährlich 626 M. betragenden Vollrente. Am 17. August 1897 bekundete Professor Dr. S. nach längerer Beobachtung des Klägers, dass derselbe in Folge bedeutender Herzschwäche und Arteriosklerose noch völlig erwerbsunfähig sei. Am 29. Juli 1898 wurde Kläger vom Geheimen Sanitätsrath Dr. R. einer Revisionsuntersuchung unterzogen, über welche der Sachverständige im Wesentlichen Folgendes berichtet: „Die Herzdämpfung ist von normaler Ausdehnung, der Herzstoss von normaler Stärke. Der Puls ist regelmässig. — Die objektiven Erscheinungen, auf Grund deren Prof. Dr. S. die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des P. beurtheilte, waren: Starke Abmagerung, träge Reaktion der Pupillen, Abnormitäten der Herztöne, Kleinheit des Pulses und Wechsel in der Frequenz derselben. Dr. R. findet die Gesichtsfarbe gesunder als vordem, die Reaktion der Pupillen ist eine normale, die Herztöne sind vollkommen rein der Puls ist nicht abnorm klein oder verlangsamt und schwankt mit seiner Häufigkeit innerhalb der normalen Grenzen. Dagegen besteht noch die Steigerung der Sehnenreflexe und die Herabsetzung der Hautreflexe an der vorderen Seite des Rumpfes und vor Allem, die Dürftigkeit der Ernährung. Trotzdem sind nach Dr. R.'s Ansicht, die objektiv nachweisbaren Besserungen so erheblich, dass eine Herabsetzung der Rente auf 50 Prozent gerechtfertigt erscheint." Dementsprechend setzte die Berufsgenossenschaft die Rente vom 1. September 1898 auf 50 Prozent herab. Hiergegen hat der Kläger Berufung eingelegt und ein Gutachten des Sanitätsraths Dr. L. in H. unter dem 30 August 1898 ausgestellt, welcher P. nur um 20 Prozent erwerbsfähig erachtete und konstatirte, dass dessen Augen schwach und der Augenhintergrund trübe war, dass ferner derselbe an seinem vergrösserten Herzen ein diastonisches Klappengeräusch hatte, welches bei Bewegungen der Arme noch viel deutlicher hervortrat, ferner, dass er am Magen einen harten Knoten von Wallnussgrösse hatte, der schmerzhaft bei Druck war Das Schiedsgericht erachtete aber das Gutachten des Sanitätsraths Dr. L. für nicht beweiskräftig und wies die Berufung als unbegründet ab. Gegen diese Entscheidung legte P. Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein und beantragte, die Berufsgenossenschaft zu einer Rente von 80 Prozent zu verurtheilen Auf Beschluss des Reichs-Versicherungsamts ist der Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik Geheimer Medizinalrath Professor Dr. H. in H. um ein Gutachten darüber ersucht worden, ob und wann in den Verhältnissen des Verletzten eine wesentliche Veränderung eingetreten ist. Das Gutachten ist vom Assistenzarzt Dr. Z. unter dem 9. Juni 1899 erstattet und vom Professor H. gebilligt worden. Zu diesem Gutachten wurde u. A. Folgendes ausgeführt: Da die Gutachten des Dr. R. und des Professor Dr. S. bezüglich der damals vorhanden gewesenen Symptome nicht unwesentlich differiren, kann die Frage, ob in den Verhältnissen, welche die Berufsgenossenschaft veranlasst haben, dem Kläger als Entschädigung für die Folgen des Unfalls die Vollrente zu gewähren eine wesentliche die Erwerbsfähigkeit erhöhende Veränderung eingetreten ist, nicht mit Sicherheit beantwortet werden, sondern es wird Sache der richterlichen Beurtheilung sein, welcher, thatsächlich Befund zu Grunde zu legen ist. Was die Frage nach der augenblicklichen Erwerbsbeschränkung betrifft, so ist hervorzuheben, dass der Kranke neben einer fraglos vorhandenen traumatisch bedingten Neurasthenie in dem Bauchbruch ein chirurgisches Leiden hat, das ihm ohne Zweifel sehr erhebliche Beschwerden macht. Inwieweit die neurasthenische Disposition diese Schmerzen erhöht, soll hier nicht erörtert werden, jedenfalls ist die Gesammtheit der Beschwerden ganz abge-

sehen von der zum grossen Theil unbewusst krankhaften Neigung zu übertreiben, sehr wohl dazu angethan, die Leistungsfähigkeit zumal eines nicht mehr sehr widerstandsfähigen bereits leichte Altersveränderungen zeigenden Mannes erheblich herabzusetzen und beschränkt im vorliegenden Falle den Exploraten um $66^2/_3$ Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit. Das Reichs-Versicherungsamt änderte darauf die Vorentscheidung mit folgender Begründung ab: Das Rekursgericht hat keine Bedenken getragen, sich dem soeben erwähnten Gutachten des Dr. Z. und des Prof. Dr. H. vom 9. Juni 1899 anzuschliessen. Danach leidet der Kläger in Folge des Unfalles vom 30. November 1896 noch an einem kleinen Bauchbruch der linea alba und an einer traumatisch bedingten Neurasthenie, die sich namentlich in einer Schlaffheit der Muskulatur, in einer erhöhten mechanischen Muskelerregbarkeit, in einer erheblichen Steigerung der Sehnenreflexe und in Schwäche sowie Schwindelgefühl äussert. Durch diese Leiden wird der Kläger, wie die Sachverständigen überzeugend ausführen um $66^2/_3$ Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt. Erwähnt man nun, dass der Kläger zu der Zeit, als ihm die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zugesprochen wurde, unstreitig in Folge des Unfalls völlig erwerbsunfähig war, so unterliegt es keinem Zweifel, anzunehmen, dass in seinem Zustande eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Die Voraussetzung für die Anwendung des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes ist somit erfüllt und die Herabminderung der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit gerechtfertigt. M.

Aus dem Kammergericht.

Jeder Zusatz von Präservesalz zum Schabefleisch ist gesundheitsschädlich.

Entscheidung vom 23. November 1899.

Ein Fleischermeister B. war wegen Vergehens gegen das Nahrungsmittelgesetz vom 14. Mai 1879 vom Schöffengericht verurtheilt worden, weil er Präservesalz dem Schabefleisch zugesetzt hatte. Gegen diese Entscheidung legte B. Berufung ein. In der Hauptverhandlung hat der Angeklagte zugegeben, dass er am 13. April 1899 dem in seinem Laden zum Verkauf gebrachten Schabefleisch Präservesalz zugesetzt habe. Er hält sich jedoch für straflos, da er in seinem Laden ein für alle Kunden sichtbares Plakat angebracht habe, in welchem er seine Kunden von dem Zusatz von Präservesalz zu dem in seinem Laden zum Verkauf gebrachten Schabefleisch benachrichtigt habe, da weder der Zusatz von Präservesalz, wenn er 0,2 Prozent nicht übersteige, als gesundheitsgefährlich erachtet werden könne und das bei ihm von dem Chemiker Dr. N. entnommene und untersuchte Schabefleisch nur 0,087 Prozent Präservesalz enthalten habe. Ein Zusatz bis zu 0,2 Prozent Präservesalz zum Schabefleisch sei deshalb auch vom Gericht bisher als zulässig erachtet worden, sofern ein Plakat im Laden die Kunden von dem Zusatze in Kenntniss setze. Dass nunmehr jeder Zusatz von Präservesalz als Verfälschung und gesundheitsschädlich erachtet werde, sei ihm nicht bekannt und wenn er aus Unkenntniss noch nach den früheren Grundsätzen verfahren sei, so habe er sich keiner Fahrlässigkeit schuldig gemacht. Das Landgericht verwarf die Berufung und machte u. A. Folgendes geltend: Wie der in der ersten Instanz als Sachverständige eidlich vernommene Kreisphysikus Dr. Kl. bekundet hat, ist jeder Zusatz von Präservesalz zum Schabefleisch als gesundheitsschädlich zu erachten. Dieses Gutachten entspricht dem Gutachten des Kgl. Sächs. Landes-Medizinal-Kollegiums vom 30. Januar 1896 und einem ausführlichen Gutachten des Reichs-Gesundheitsamts zu Berlin vom Jahre 1898. Das Gericht nimmt deshalb als notorisch an, dass jeder Zusatz an Präservesalz zum Schabefleisch geeignet ist, durch Genuss des Fleisches die menschliche Gesundheit zu beschädigen. Der Angeklagte kann sich aber auch weiter nicht darauf stützen, dass er aus Unkenntniss dieser Gutachten und in der Meinung, dass ein Zusatz von 0,2 Prozent Präservesalz statthaft sei, dem Schabefleisch die geringe Menge Präservesalz zugesetzt habe. Denn es liegt ihm als Fleischermeister im Allgemeinen die Pflicht ob, sich darüber auf dem Laufenden zu erhalten, was in seinem Gewerbe gesetzlich erlaubt ist, und was verboten ist. Er hat aber weiter zugegeben, dass er die Allgemeine Fleischerzeitung als Abonnent hält. Diese Zeitung hat aber gerade den Zweck, dem Fleischermeister das für sein Gewerbe Wissenswerthe bekannt zu machen und hat das Gutachten des Medizinal-Kollegiums, das den Zusatz von Präservesalz als schädlich bezeichnet, veröffentlicht. Wenn daher der Angeklagte es unterlassen hat, sich darüber zu informiren, dass nach den neueren Gutachten der Medizinal-Behörden jeder Zusatz von Präservesalz zum Schabefleisch als gesundheitsschädlich erachtet wird, so hat er fahrlässig gehandelt, wenn er mit Präservesalz vermischtes Schabefleisch zum Verkauf gebracht hat. Danach war die erstrichterliche thatsächliche Feststellung aufrecht zu erhalten und der Angeklagte nach §§ 12, 14 des Reichsgesetzes vom 14. Mai 1879 zu bestrafen. Diese Entscheidung wurde vom Kammergericht als nicht rechtsirrthümlich erachtet und die Revision zurückgewiesen; insbesondere habe der Vorderrichter ohne Rechtsirrthum angenommen, dass jeder Zusatz von Präservesalz gesundheitsschädlich sei. Auch sei zutreffend festgestellt worden, dass der Angeklagte fahrlässig gehandelt habe. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Granier, Dr., Sanitätsrath und Physikus zu Berlin, Lehrbuch für Heilgehilfen und Massöre, im amtl. Auftrage des Kgl. Polizei-Präsidiums zu Berlin; 2. vermehrte Auflage, Berlin, 1900, Richard Schoetz, 165 Seiten, Preis 4 Mk. —

Das Buch ist nicht nur im amtlichen Auftrage des Kgl. Polizei-Präsidiums zu Berlin verfasst, sondern auch durch Ministerial-Erlass v. 20. 10. 98 allen Regierungen zur Benutzung empfohlen. In dieser zweiten Auflage des rühmlichst bekannten Buches sind durch Ergänzungen und theilweise genauere Beschreibungen der einzelnen Handreichungen und Hilfeleistungen bei Verbänden wesentliche Verbesserungen angebracht. Die Desinfektionsvorschriften sind eingehender behandelt, und das Massiren der einzelnen Körpergegenden ist ausführlicher beschrieben. —

Sachs, Dr. Heinrich, Privatdozent u. **Freund,** Dr. C. S., Nervenärzte in Breslau. Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung. Berlin, 1899, Fischer's Med. Buchhandlung (H. Kornfeld), 581 Seiten, Preis 15 Mk. —

Ein eingehendes und den Gegenstand fast erschöpfend behandelndes Werk von hervorragender Bedeutung. Die Verfasser stützen sich grösstentheils auf das grosse Material des Instituts für Unfallverletzte in Breslau; die von ihnen beobachteten Verletzten sollen einer Gesammtsumme von schätzungsweise 30 Tausend Unfällen entsprechen; und die Verfasser befanden sich in der glücklichen Lage, dass sie einerseits eine sehr grosse Anzahl von Verletzten mit zu untersuchen Gelegen-

heit hatten, bei denen Störungen des Nervensystems fehlten, während sie andererseits bei der Untersuchung von Verletzten mit nervösen Störungen Hand in Hand mit Vertretern anderer medizinischer Fächer, der Chirurgie, der Augenheilkunde, der Ohrenheilkunde, der inneren Medizin arbeiteten. Dadurch sind sie der Einseitigkeit rein spezialistischer Auffassungsart ferngeblieben und haben in Wirklichkeit ein Werk geschaffen, welches ein zuverlässiger Wegweiser jedem Arzte in dieser so besonders schwierigen Gutachterthätigkeit sein wird. —

Es ist unmöglich, auf den Inhalt im Einzelnen einzugehen; es mag nur auf die ausserordentliche Sachkunde der Verfasser auch in Bezug auf die gerichtlich-medizinische Seite der einzelnen Fragen aufmerksam gemacht werden und auf die sehr reichliche und vorzüglich ausgewählte Kasuistik.

Hoole, Henry, Dr., London. Das Trainiren zum Sport. Ein Handbuch für Sportsleute jeder Art. Uebersetzt von Dr. C. A. Neufeld in München. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden. 1899. Preis 2 M.

Das vorliegende Buch hat in England, dem Mutterlande des Sports, viel Anklang gefunden und in kurzer Zeit drei Auflagen erlebt. Bei dem Interesse, das man heute auch in unserem Vaterlande dem Sport entgegenbringt, wird das Büchlein sicherlich auch in Deutschland zahlreiche Leser finden, um so eher, als sich Dr. Neufeld nicht mit einer einfachen Uebersetzung begnügt hat, sondern den Inhalt des Buches deutschen Verhältnissen angepasst hat. — y.

Tagesgeschichte.

Die Ohnmacht der geltenden Strafgesetze gegenüber der Kurpfuscherei

wird durch folgende Verhandlung vor der Strafkammer des Landgerichts München gegen den Besitzer einer Drogerie Paul Strube, der fortgesetzt das Volta-Kreuz und die Volta-Uhr in grossen Mengen zu einem Preise von 3 Mark pro Stück verkaufte, während der reelle Werth des Exemplares einen Pfennig betrug, wieder einmal in deutlichster Weise gekennzeichnet.

Nach der Augsburger Abendzeitung war Strube wegen Betruges angeklagt, weil er ein absolut wirkungsloses Instrument, von dessen Unwirksamkeit er überzeugt sein musste, als Universalheilmittel anpries und verkaufte.

Aus dem Thatbestande ist Folgendes erwähnenswerth: Die Volta-Uhr wurde mit einer seidenen Schnur an die Kunden abgegeben. Ausserdem erhielt diese einen Prospekt, in welchem zunächst die Vorzüge der Volta-Uhr gegenüber dem Volta-Kreuz gepriesen und sodann hervorgehoben wurde, die Volta-Uhr sei nach streng wissenschaftlichen Prinzipien konstruirt, sie wirke direkt auf den Blutlauf, unterstütze die verschiedenen Funktionen des Körpers, befördere die Gesundheit und Kraft des ganzen Organismus, sie vermöge einen schlummernden Nerv zu erwecken und eine schwache Muskel in ihre lebensfähige Wirkung zurückzurufen. Nach Aufzählung der verschiedensten nervösen und anderer Erkrankungen und zwei Druckseiten voll Dankschreiben folgte eine Gebrauchsanweisung, wonach die Uhr nach vorausgegangener Befeuchtung an einer seidenen Schnur um den Hals gehängt vorn auf der Brust am blossen Körper Tag und Nacht getragen werden muss. Am Schlusse sprach der Prospekt sein Bedauern aus, dass ein eingehendes Gutachten der hiesigen elektrischen Versuchsstation über die elektromotorische Kraft der Volta-Uhr leider nicht Platz finden könne. Wie die Untersuchung durch Sachverständige ergab, besteht die Volta-Uhr aus zwei dünnen, runden, etwa einmarkstückgrossen Kupferblättchen, von denen jedes von einem ringförmigen, etwa 1 cm breiten Streifen aus Zinkblech so umschlossen wird, dass die direkte Berührung der beiden Metalle vermieden ist. Zwischen den Kupferblättchen befinden sich zwei einfache Lagen rothen Flanells und zwischen diesen ein Pappendeckelscheibchen. Zwischen Pappendeckel und Flanell ist noch ein minimaler hufeisenförmiger Magnet verborgen. Nach dem Gutachten der elektrotechnischen Versuchsstation wurden in der That bei der Befeuchtung des Filztuches der Volta-Uhr Spannungsdifferenzen zwischen der Zink- und Kupferelektrode und zwar in der Stärke von höchstens 0,78 Volt erzeugt; das Gutachten lehnte aber jede Aeusserung über die physiologischen Wirkungen der Uhr bei Auflegen derselben auf den Körper ausdrücklich ab. Seitens der Versuchsstation wurde ferner ausdrücklich verlangt, dass das Gutachten nur im vollen Wortlaut veröffentlicht oder sonst benützt werden dürfe. Der Prospekt beschränkte sich aber lediglich auf die Veröffentlichung der ermittelten Spannungsdifferenz. Gerade aus diesem Umstande aber schliesst die Anklage auf die betrügerische Absicht des Angeklagten, die auch dadurch nicht beseitigt werde, dass eine Anzahl Kunden Strube's durch die Volta-Uhr Heilung gefunden zu haben wähnen, da dieser Heilerfolg der Suggestion oder anderen Ursachen zuzuschreiben war. Für Annoncen verausgabte Strube ungefähr 30 000 Mark. Der Umsatz betrug in der Zeit von October 1897 bis Februar 1898, in welcher Zeit am meisten inserirt wurde, einige tausend Stück per Monat. Die Anklage erblickt den Thatbestand des § 263 darin gegeben, dass das Mittel absolut wirkungslos ist, als wirkend aber angepriesen wurde, so dass also das Publikum, so weit kein Erfolg erzielt wurde, direkt geschädigt oder ihm wenigstens, soweit Erfolge eintraten, für ein an sich brauchbares Mittel ein viel zu hoher Preis abgenommen wurde. Strube verwahrte sich mit aller Entschiedenheit gegen die Unterstellung einer betrügerischen Absicht. Er sei von der Wirksamkeit seiner Heilmittel fest überzeugt gewesen, um so mehr, als die Konstruktion derselben auf Grund von Erfahrungen der Wissenschaft und Technik, wie er sie in verschiedenen Broschüren niedergelegt gefunden habe, erfolgte. Er sei mit der peinlichsten Gewissenhaftigkeit zu Werke gegangen, um ja nichts Unrechtes zu thun. Hätte er geahnt, dass man ihm je betrügerische Absichten unterstellen könnte, hätte er sicher das ganze Unternehmen liegen gelassen. Eine Reihe von Zeugen bekunden, dass die Volta-Uhr bei ihnen keine Wirkung hatte, während andere hinwiederum erklärten, sie hätten nach dem Auflegen der Uhr entschieden Besserung verspürt. Ober-Ingenieur Schöpper und Patentanwalt Dedreux sind der Ansicht, dass der Angeklagte felsenfest von der Wirksamkeit seiner Mittel überzeugt war, so dass er sogar glaubte, ein Mittel gefunden zu haben, das für die leidende Menschheit von ungeahnter Wohlthat sei. Herr Medizinal-Rat Prof. Dr. Messerer erklärte, dass die Volta-Uhr absolut keine physiologischen Wirkungen habe und wegen des ganz schwachen Stromes und des ganz minimalen Hautbezirkes, auf den dieser wirke, auch gar nicht haben könne und bezeichnete die ganze Sache als puren Schwindel, der um so verderblicher und gefährlicher sei, als gerade der ärmeren Bevölkerung auf diese Weise ihre sauer ersparten Pfennige abgenommen werden. Herr Professor Dr. Rieder bezeichnete die Volta-Uhr als ein Sympathiemittel, dem absolut keine physiologischen Wirkungen zukommen. — Herr Dr. Frhr. v. Schrenk-Notzing erklärte, dass, wenn die Aerzte auch verpflichtet sind, gegen das Kurpfuscherthum mit Energie vorzugehen, man über ein auftauchendes Heilmittel doch mit dem Urtheil etwas zurückhalten müsse, denn die Erfahrung lehre, dass manches Heilmittel,

das anfänglich als Schwindel erklärt wurde, sich später doch als wirkliches Heilmittel wenigstens in seinem Kerne erwies. Den Volta-Uhren messe er zwar keine therapeutische und keine physiologische Wirkung bei, aber ihr Erfolg scheine ihm lediglich auf psychischem Gebiete zu liegen. Er sage in dieser Frage: non liquet. Auch sei die Frage noch nicht entschieden, ob und inwieweit die von Aerzten gereichten Arzneimittel therapeutisch oder psychisch wirken. Dies gelte in höherem Grade von der Elektrotherapie. Er verweise auf die Homöopathie, der man lange Zeit nur psychische, keinerlei therapeutisch-physiologische Wirkungen zuschrieb. Heut zu Tage denke ein grosser Theil der Aerzte über die Homöopathie ganz anders, so dass ernst zu nehmende Aerzte sogar der Errichtung eines Lehrstuhles für Homöopathie ernstlich das Wort reden. In Bezug auf die Elektrotherapie ist überhaupt noch nicht festgestellt, wie viel bei der elektrischen Einwirkung auf den Körper auf Rechnung des psychischen Faktors zu setzen ist. Selbst die Medizin müsse mit der Einbildungskraft des Patienten rechnen und rechne auch mit derselben, denn in vielen Fällen werde viel mehr durch die Einwirkung auf die Einbildung des Patienten als durch das gereichte Mittel Erfolg erzielt. Er betrachte die Volta-Uhr nicht als Heilmittel, wohl aber als ein nicht einmal ungeschickt zusammengestelltes Amulet. Solche Amulete haben schon in zahlreichen Fällen Heilerfolge erzielt, weil sie eben auf die Einbildungskraft des Patienten wirken, eine Wirkung, die bei der Heilung einen grossen Faktor bildet. Daher werden in der Medizin immer mehr Amulets angewendet. Er greife zum Beispiel zur Hebung der Schlaflosigkeit eines Patienten auch lieber zu einem Sympathiemittel, wenn es Erfolg habe, als zu Morphium, wenn er auch des letzteren absolut sichere Wirkung nicht bestreite. Auch bei den Heilmitteln der Medizin spiele die psychische Einwirkung eine grosse Rolle. — Es entspann sich nun eine lebhafte Kontroverse auf mehr wissenschaftlichem Gebiete über Elektrotherapie, Serumtherapie und Allopathie, worauf die Plaidoyers auf Nachmittag 4 Uhr vertagt wurden. Die Verhandlung endete nach kurzer Berathung mit der Freisprechung des Angeklagten Strube. In den Gründen ist zunächst darauf hingewiesen, dass die Sachverständigen-Gutachten bis zu einem gewissen Grade auseinandergingen. Auch die Zeugen sind über die Wirkung der Volta-Uhr nicht einig. Während eine Reihe von Zeugen absolut keine Wirkung verspürte, bekundeten andere, dass sie nach Gebrauch des Volta-Kreuzes und der Volta-Uhr gesund geworden seien oder mindestens Besserung verspürt hätten, was sie dem Auflegen der Volta-Uhr zuschrieben. Aber abgesehen hiervon sei das Gericht zu der Ueberzeugung gelangt, dass dem Angeklagten jedenfalls der Dolus gefehlt habe. Strube sei von der Heilwirkung des Volta-Kreuzes und der Volta-Uhr, wie sich aus den Aussagen von Zeugen ergebe, vollkommen überzeugt gewesen und sei in dieser Meinung durch die ihm zugegangenen Mittheilungen über erzielte Heilerfolge und durch die vielen ihm übersandten Dankschreiben bestärkt worden. Nachdem dem Angeklagten nach der Ueberzeugung des Gerichts der Dolus gefehlt habe, bestand für das Gericht keine Veranlassung, auf die Würdigung der weiteren Thatbestandsmerkmale einzugehen.

Soweit der Thatbestand. Das Gutachten des Herrn von Schrenk-Notzing wird von dem Pfuscherthum gebührend ausgenützt werden. Anfechtbar erscheint es uns nur in seinem ersten Theile, worin er dieses Mittel in Parallele stellt mit andern Heilmethoden, die zuerst abgelehnt wurden und schliesslich doch in den Heilschatz aufgenommen wurden.

Dass dergleichen objektiv werthlose Mittel, wenn sie in geeigneter, suggestiver Form angepriesen und angewandt werden, auch hie und da, vermittelst psychischen Einflusses, Besserungen erzeugen können, ist nicht von der Hand zu weisen.

Nur ist ein solcher therapeutischer Gewinn selbstverständlich völlig unerheblich gegenüber dem grossen Schaden an Volksgesundheit und Volkswohlstand, welcher durch dergleichen Ausnützung der Beschränktheit erzeugt wird.

Dass es dem gewiegten Pfuscher unter ähnlichen Umständen leicht werden wird, sich von vornherein den Beweis seiner Gutgläubigkeit zu präpariren, ist zweifellos.

Deshalb weisen dergleichen Vorkommnisse mit Macht auf die Lücke in unserm Gesetz, welche nur durch ein Verbot der Kurpfuscherei geschlossen werden kann, der Pfuscherei, die heutzutage mit einem Machtmittel arbeitet, dass in dem Umfange früher unbekannt war, das ist die Zeitungsreklame.

L.

Anstellung von Schulärzten in Berlin.

In der Sitzung vom 21. Dezember 1899 hat der zu diesem Zweck eingesetzte Ausschuss der Berliner Stadtverordneten-Versammlung folgende Beschlussfassung vorgeschlagen:

Die Versammlung erklärt sich damit einverstanden, dass zunächst ein Versuch mit der vertraglichen Annahme von 20 bis 24 Schulärzten vom 1. April 1900 auf vorläufig zwei Jahre gemacht werde. Diese Schulärzte sind auf die einzelnen Schulkreise möglichst gleichmässig zu vertheilen. — Die Grundsätze für die Anstellung der Schulärzte sind folgende: Für jeden Schulkreis werden bei einigen Gemeindeschulen vom Magistrat Schulärzte angenommen; einem Arzte sollen nicht mehr als vier Schulen übertragen werden. Dem Schularzt liegt ob: 1. die Prüfung der für den ersten Eintritt in die Schule angemeldeten Kinder auf ihre Schulfähigkeit, die Eltern bezw. Erziehungsverpflichteten haben das Recht, der Untersuchung beizuwohnen; 2. die Prüfung der für den Nebenunterricht vorgeschlagenen Kinder auf körperliche oder physische Mängel, insbesondere auch auf die etwaigen Fehler an den Sinnesorganen, erforderlichen Falles unter Mitwirkung von Spezialärzten; 3. auf Ersuchen der Schul-Kommission bezw. des Rektors die Prüfung eines angeblich durch Krankheit am Schulbesuch verhinderten Kindes; 4. die Abgabe eines schriftlichen, von den zuständigen Organen der Schul-Verwaltung erforderten Gutachtens, a) über vermuthete oder beobachtete Fälle ansteckender Krankheiten oder körperlicher Behinderungen von Schulkindern, b) über vermuthete oder beobachtete, die Gesundheit der Lehrer oder Schüler benachtheiligende Einrichtungen des Schulhauses und seiner Geräthe. 5. Der Schularzt ist verpflichtet, das Schulhaus einschliesslich der Schulklassen während oder ausserhalb des Unterrichts nach vorheriger Anmeldung bei dem Rektor in angemessenen Zeiträumen zu besichtigen und die von ihm beobachteten hygienischen Mängel dem Rektor mitzutheilen. 6. Die in amtlicher Eigenschaft gemachten Beobachtungen darf er nur nach Genehmigung der Schul-Deputation veröffentlichen. 7. Die Schulärzte werden periodisch zu Berathungen berufen, welche von einem dazu vom Vorsitzenden der Schul-Deputation bestimmten Mitgliede der Schul-Deputation geleitet werden. 8. Der Schularzt soll in der Nähe der Schule wohnen. Er erhält für jede Schule ein Honorar von jährlich 500 Mk. Die Versammlung sieht einem Berichte des Magistrats über die gemachten Erfahrungen für die Zeit vom 1. April 1900 bis 31. März 1901 seiner Zeit entgegen.

In der darauf folgenden Erörterung des Antrages wurde von einem Stadtverordneten die Forderung aufgestellt, dass den Eltern der Kinder gestattet werden sollte, ihre Kinder von ihrem

Hausarzt untersuchen zu lassen. Nachdem aber der Oberbürgermeister Kirchner bei dem bestehenden Schulzwange das Recht für die Behörde gefordert hatte, die Gesundheitsvehältnisse der Schulkinder amtlich feststellen zu lassen, und nachdem derselbe hervorgehoben hatte, „dass privatärztliche Atteste doch nicht immer so unanfechtbar seien, sodass in vielen Fällen die Schul-Deputation schon eine amtliche Nachprüfung derselben veranlassen musste", wurde der Ausschussantrag angenommen.

Somit wird nun also nach langen Verhandlungen endlich wirklich auch in Berlin am 1. April 1900 mit der Anstellung von Schulärzten vorgegangen werden. Möge dieser erste schüchterne Versuch endlich zu definitiver allgemeiner Einführung von Schulärzten führen.

Polizeiärztin in Berlin.

Die Bemühungen, die Anstellung des Fräulein Dr. med. H. als Polizeiärztin für die Untersuchung der Prostituirten dadurch zu ermöglichen, dass ihr vom Reichskanzler auf Grund wissenschaftlich erprobter Leistungen die inländische Approbation ohne besonderes Examen ertheilt werden sollte, sind, wie die „Deutsche med. Wochenschrift" mittheilt, ergebnisslos gewesen. Man wird also für's Erste warten müssen, bis eine der zur Zeit an einer deutschen Universität Medizin studirenden Damen ihre Approbationsprüfungen vor einer deutschen Prüfungskommission beendigt hat.

Warnung vor einem Kurpfuscher.

Der Polizei-Präsident von Berlin erlässt unter dem 17. Dezember 1899 folgende Bekanntmachung: Neuerdings erbietet sich der hier Schützenstrasse No. 6a wohnhafte Reisende Eduard Damp, der sich auch fälschlich als Schiffsoffizier a. D. bezeichnet, wiederum in Annoncen und in einer von ihm verfassten Broschüre: „Wie ich von meinem langjährigen Lungen- und Kehlkopfleiden geheilt bin" zur Vornahme von Kuren.

p. Damp, welcher nicht die geringste Vorbildung für die ärztliche Kunst genossen hat, verabfolgt seinen Patienten Leinsamenthee und Spartiumthee. Die Untersuchungen haben ergeben, dass der Spartiumthee ein heftig wirkendes Herzgift enthält, dass die zum Preise von 12,80 Mark abgegebenen Mittel einen Werth von höchstens 1,50 Mark besitzen und dass die genannte Broschüre völlig werthlos ist.

Ich warne daher dringend, sich in Krankheitsfällen an den p. Damp zu wenden.

Aufenthalts- und Uebernachtungsräume für Eisenbahnbeamte.

Wohl aus Anlass einer Anregung aus den Kreisen der Eisenbahnärzte (vergl. diese Zeitung Jahrg. 1899, No. 21) ist jetzt auf dem Centralbahnhof in Mainz im Interesse des Zug- und Lokomotivpersonals jetzt eine Einrichtung geschaffen, wie eine solche praktischer, vollkommener und besser wohl auf keinem zweiten Bahnhof anzutreffen ist. Es ist dies ein aus 26 Räumen bestehendes Gebäude, das als Aufenthalts- und Uebernachtungslokal für das im Eisenbahndienste am härtesten dem Wind und Wetter ausgesetzten Zug- und Lokomotivpersonal eingerichtet ist. In demselben befinden sich mit Töpfen und Pfannen ausgerüstete Küchen, in welchen ununterbrochen kochendes Wasser zur Bereitung von Kaffee und Thee vorhanden ist. Die Schlafzimmer, in welchen die peinlichste Reinlichkeit gehalten wird, sind nach den Beamtenstellungen getrennt und ebenso sind besondere Aufenthaltsräume für pausirendes Personal eingerichtet. In den Schlafräumen sind vollständige Betten mit besonderer Wäsche; Wasch- und Baderäume mit Brause- und Wannenbäder vervollkommnen die Einrichtung. Ein Hauswart sorgt dafür, dass ein Verschlafen des Personals nicht vorkommt.

Tropenhygienisches Institut in Hamburg.

In den Reichshaushaltsetat für das Jahr 1900 ist zum ersten Male ein Posten für das neu zu errichtende tropenhygienische Institut in Hamburg eingestellt worden. Zu der am 1. Oktober 1900 zu eröffnenden Anstalt „für Schiffs- und Tropenkrankheiten" gewährt die Marineverwaltung einen jährlichen Zuschuss von 20500 Mark, wofür dem Reiche in der Anstalt fünf Arbeitstische überlassen werden; auch ist die Entsendung eines medizinischen Assistenten sowie einer Anzahl von Aerzten zur besonderen Ausbildung vorbehalten.

Der internationale Kongress für Unfallgesetzgebung.

Der internationale Kongress für Unfallgesetzgebung und soziale Versicherung, der bekanntlich seine 5. Tagung im nächsten Jahr zu Paris abhält, wird gleich seinen Vorgängern dazu beitragen, die Kenntniss der deutschen Sozialgesetzgebung im Ausland zu verbreiten, indem er Gelegenheit giebt zu vergleichenden Studien über die Fortschritte, die die verschiedenen Nationen während der letzten Jahre auf sozialpolitischem Gebiet zu verzeichnen haben. Auch werden die Theilnehmer am Kongress in der Weltaustellung eine reichhaltige Sammlung von Unfallverhütungsapparaten, Krankenhauseinrichtungen, sozialer Statistik u. s. w. einem eingehenden Studium unterziehen können.

Fragen und Antworten.

Herr Dr. P. in D. schickt folgende **Anfrage:** Hat der ärztliche Sachverständige eo ipso das Recht, aus dem Unfall-Gutachten Angaben, die ihm selbst Unbequemlichkeiten machen können (Alkoholismus), oder die geeignet sind, schädlich auf den weiteren Verlauf der Heilung des Verletzen, ev. auf seinen Gemüthszustand einzuwirken, fortzulassen, und diese nur etwa als „Bemerkung zu den Akten" der Berufsgenossenschaft mitzutheilen? Ich habe unangenehme Erfahrungen durch die offene Angabe vorgefundener Uebertreibung und Simulationen gemacht, auch gefunden, dass die zeitliche Begrenzung des Rentenbezuges häufig „Unfallneurose" bewirkt. — Hierauf folgende **Antwort:** In No. 12, S. 265 des vorigen Jahrganges dieser Zeitung ist eine Rek.-Entsch. des R. V. A.'s mitgetheilt, worin, wie schon früher öfters, ausgesprochen wird, dass die Unterlagen für die Feststellungs-Bescheide den Unfallverletzten bezw. Rentenbewerbern mitgetheilt werden müssen, jedoch die ärztlichen Gutachten nur ihrem wesentlichen Inhalt nach; und es wird seitens des R. V. A.'s empfohlen, „solche sachlich entbehrlichen Bemerkungen im Gutachten, die den Rentenbewerber beunruhigen oder verletzen könnten, in den für ihn bestimmten Abschriften fortzulassen." — Danach sind wir Aerzte in solchen Fällen auf die Diskretion der Berufsgenossenschaften angewiesen. Wir halten es nöthigenfalls durchaus angemessen und für unser Recht, die betreffenden Angaben, welche dem Aussteller des Gutachtens Unannehmlichkeiten verursachen könnten, in einer besonderen Bemerkung zu den Akten der Berufsgenossenschaft bezw. der requirirenden Behörde mit dem Ersuchen um Diskretion mitzutheilen. — B.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin SW., Gneisenaustr. 99. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. — № 2. — Ausgegeben am 15. Januar.

Inhalt:

Zur Beurtheilung des Credé'schen Verfahrens bei Neugeborenen.

Von
Dr. **Michaelsen**-Görlitz,
Augenarzt.

Ueber den grossen Nutzen, welchen das Credé'sche Verfahren zur Verhütung der Blennorrhoe der Neugeborenen ausübt, herrscht heutzutage wohl nur eine Meinung. Umstritten ist nur erstens die Frage, ob durch das Verfahren normale Augen geschädigt werden können, und zweitens die Frage, ob sich dasselbe zur obligatorischen Einführung in die Hebammenpraxis eignet.

Von Cohn wird bekanntlich ein schädigender Einfluss der Methode auf normale Augen rundweg geleugnet. Charakteristisch dafür sind seine Worte*): Wenn irgend ein gesundes Kind durch diesen Silbertropfen eine nennenswerthe Augenerkrankung bekommen hätte, so wäre ein solcher Fall längst bekannt gemacht worden; aber weder in der Literatur noch in meiner Praxis habe ich etwas Derartiges gesehen.“ In dem Bericht über die Sammelforschung über Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Holland und in der Schweiz führt Cohn allerdings an, dass zwei Aerzte Schaden von dem Verfahren gesehen hätten, fügt aber hinzu, dass Beide nicht zugegen waren bei Anwendung desselben, welches wahrscheinlich beide Male von Aerzten nicht richtig gemacht worden war, indem wohl zu viel Arg. nitr. eingeträufelt wurde.

Ein unzweifelhafter Fall, dass bei richtiger Anwendung des Verfahrens eine dauernde Schädigung eines normalen Auges zu Stande gekommen wäre, ist auch von den Gegnern desselben meines Wissens nicht veröffentlicht worden und bei der tausendfältigen straflosen Anwendung desselben auch schwerlich zu erwarten. Wohl aber ist es allgemein bekannt, dass durch das Verfahren, auch wenn vorschriftsmässig nur ein Tropfen eingeträufelt wird, sehr leicht eine Reizung der Bindehaut entsteht, welche in der Regel allerdings binnen ein bis zwei Tagen wieder verschwindet, gelegentlich aber auch wohl unter dem Bilde einer etwas heftigeren Entzündung auftreten kann. Daraus ergiebt sich der weitere Nachtheil, dass unter Umständen zwischen der reaktiven Reizung und echter Blennorrhoe Verwechslungen vorkommen können und das Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom Jahre 1887 kam aus diesem Grunde zu dem Schluss, dass es sich nicht empfiehlt, das Verfahren den Hebammen in der Privatpraxis zu überlassen.

Von anderen Seiten ist aber, wie mir scheint mit Recht, auch das Bedenken erhoben worden, dass die richtige Anwen-

*) Lehrbuch der Hygiene des Auges S. 56.

dung des Verfahrens von den Hebammen keineswegs unter allen Umständen erwartet werden könne. Trotzdem verdient es bemerkt zu werden, dass von 110 Augenärzten, die Cohn in seiner Enquête befragt hat, die überwiegende Mehrzahl, nämlich 79, sich für Einführung des Credé'schen Verfahrens ausgesprochen hat und zwar 40 für fakultative, 39 für obligatorische, gegen dieselbe nur 15, während 16 keine bestimmte Stellung nehmen, sodass von 94 Augenärzten sich also 16 % gegen, 84 % für Credé ausgesprochen haben.

Bei dieser Sachlage erscheint mir die Veröffentlichung eines Falles von Wichtigkeit, in welchem thatsächlich durch die von der Hebamme zum Zwecke der Verhütung der Blennorrhoe bewirkte Einträuflung bei zwei neugeborenen Kindern eine schwere Verätzung beider Hornhäute bewirkt worden ist und zwar unter Umständen, welche die Hebamme vom forensischen Standpunkt schuldfrei an dem Vorkommnisse haben erscheinen lassen. Leider hat sich die Beschaffenheit der von der Hebamme eingeträufelten Flüssigkeit nicht genau feststellen lassen, doch hat die gerichtliche Verhandlung zu der Ueberzeugung geführt, dass es sich um eine Höllensteinlösung handelte, deren Konzentration die einer 2 %igen wahrscheinlich bei Weitem übertraf.

Ich berichte zunächst über die Vorgänge, welche zu der Verätzung geführt haben, genau, nur mit Abkürzung einiger Namensbezeichnungen, nach den amtlichen Feststellungen, wie sie in den Gründen des in dieser Sache ergangenen gerichtlichen Urtheils enthalten sind:

Am 14. Oktober 1898 war die Hebamme W. zur Entbindung bei der Ehefrau des Tischlers K. hier. Nach der Entbindung wollte sie eine Einträuflung in die Augen des neugeborenen Kindes mit einer 2 %igen Höllensteinauflösung, wozu sie nach der Hebammenordnung befugt ist, vornehmen. Das diese Auflösung enthaltende Fläschchen, welches sie zu diesem Zwecke in ihrer Tasche bei sich führte, war ausgelaufen. Sie schickte nun die anwesende Schwester der K., eine verehelichte D., mit diesem Fläschchen, auf dem ein aufgeklebter Zettel den Inhalt als 2 %ige Höllensteinauflösung angab, zur W.'schen Droguerie, weil es dahin der nächste Weg war, mit dem Auftrage, darin die bezeichnete 2 %ige Auflösung zu holen. Dem Auftrag gemäss verlangte auch die D. in jener Droguerie von dem in derselben beschäftigten Droguisten Z. eine 2 %ige Höllensteinauflösung in das Fläschchen. Dieser weigerte sich, dieselbe zu machen, weil sie so etwas nicht machen dürften, sie nur in der Apotheke gefertigt werden dürfe. Da aber die D. weiter darum bat, wandte er sich an den Inhaber der Droguerie, Herrn H. Dieser verstand sich dazu, und während er die Lösung machte, befragte er die D., für wen sie dieselbe hole. Z. sah, wie Herr H. den Höllenstein aus einer Glasbüchse entnahm, abwog und auch Wasser in das Fläschchen dazu hineinwog. Gereinigt wurde das Fläschchen vorher nicht, sondern nur ausgeschwenkt. H. übergab das Fläschchen mit der Lösung der D. mit dem Auftrage, der Hebamme zu sagen, dass sie das Fläschchen noch umschütteln solle. Die D. hat das der Hebamme gesagt und hat auch diese, bevor sie die Einträuflung vornahm, das Fläschchen umgeschüttelt. Sie träufelte in jedes Auge des Kindes nur einen Tropfen von der in dem ihr von der D. übergebenen Fläschchen enthaltenen Lösung. Es geschah dies bei vollem Tageslicht am Fenster. Dieses Fläschchen that sie dann in ihre Tasche.

Am andern Morgen hatte die Hebamme W. eine Entbindung beim Tischler W. Auch hier träufelte sie aus demselben Fläschchen in jedes Auge des neugeborenen Kindes nur einen Tropfen.

An diesem Morgen wusch die Hebamme W. dem K.'schen Kinde beim Baden die Augen mit Verbandwatte. Das Kind hatte die Augen dabei mehr geschlossen, so dass ihr nichts auffiel. Aber der D. ist es aufgefallen, als das Kind die Augen aufschlug, dass diese verändert waren, ein grauer Schleier darüber war. Am folgenden Tage bemerkte auch die Hebamme die Trübung. An dem W.'schen Kinde wurde ebenfalls eine Trübung bemerkt. Am 17. Oktober wurden beide Kinder zu Augenärzten gebracht.

Ich bemerke hier, dass das K.'sche Kind in die Klinik des Herrn Dr. Lesshafft, das W.'sche dagegen zu mir gebracht wurde.

Sofort bei der Untersuchung des letzteren fiel mir auf, dass die Hornhaut des rechten Auges bis auf eine ganz schmale Randzone total getrübt und dabei in ihren oberen Schichten aufgequollen war, während das linke Auge nur eine Trübung und Quellung des unteren Drittels der Hornhaut aufwies. Ausserdem waren sämmtliche Lider ziemlich stark geschwollen, liessen sich jedoch leicht ectropioniren und zeigten sich auf ihrer Innenfläche mit fest haftenden grau-weissen Membranen bedeckt. Aus der leicht zu öffnenden Lidspalte quoll eine geringe Menge eitrigen Sekrets. Obgleich diese Augen-Affektion nach Aussage des Vaters schon am Tage der Geburt resp. nach einer von der Hebamme bewirkten Einträuflung begonnen haben sollte, dachte ich im Hinblick auf die bekannte Ungefährlichkeit des Credé'schen Verfahrens von vornherein nicht an Verätzung, glaubte vielmehr, es mit einer schweren diphteritischen Erkrankung resp. einer besonders bösartigen Mischform der Gonorrhoe zu thun zu haben. Indessen schon die geringe Masse des Sekrets, sodann der relativ geringe Grad und die mehr sukkulente Art der Schleimhautschwellung sprachen doch sehr gegen diese Deutung. Ferner ergab eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung des Sekrets keine Spur von Gonococcen noch überhaupt von Bakterien und endlich lieferte auch die im hygienischen Institut der Universität Breslau freundlichst vorgenommene spezielle Prüfung eines Membranstückchens auf Diphtheriebazillen ein negatives Resultat. An Keratomalacie andrerseits war schon wegen des blühenden sonstigen Zustandes des sehr kräftigen Kindes nicht zu denken, und der weitere Verlauf sprach durchaus für Verätzung. Denn unter einfacher Reinigung der Augen mit Borwasser und kalten Umschlägen, die nach 2 Tagen behufs leichterer Abstossung der Membranen durch warme Umschläge ersetzt wurden, verminderte sich zusehends die Sekretion und versiechte nach 3 Tagen fast vollständig, am vierten waren auch die Membranen abgestossen und unter regelmässig fortgesetzten feuchten Verbänden stellte sich das linke Auge bald vollkommen wieder her. Am rechten bildete sich eine Keratocele aus, die jedoch allmählich wieder zurückging und unter fortschreitender Vernarbung, welche am 7. November die Hornhaut wieder glatt und seitlich vaskularisirt erscheinen liess, kam es zu einer allmählichen Aufhellung der Trübung, welche so erfreuliche Fortschritte machte, dass nach Verlauf von mehreren Wochen selbst ein Theil der Pupille wieder frei geworden war und nur ein laterales, breites, adhärentes Leukom an die Schwere des überstandenen Prozesses erinnerte.

Am 20. Oktober 98, also am fünften Tage nach der Geburt hatte ich Gelegenheit, auf Betreiben der Angehörigen, welche durch Andeutungen der Hebamme auf die Augen-Affektion des W.'schen Kindes aufmerksam geworden waren, auch das K.'sche Kind in meiner Sprechstunde zu sehen und überzeugte mich leicht, dass es sich bei demselben um genau die analogen Zerstörungen der Hornhaut beider Augen handelte, nur dass in diesem Falle umgekehrt die linke Hornhaut total, die rechte nur in ihrer unteren Hälfte getrübt war. Von Membranbildung war wenigstens in diesem Stadium nichts mehr nachzuweisen, die Sekretion wie bei dem W.'schen Kind gering.

Diese Uebereinstimmung des klinischen Bildes, sowie der

Umstand, dass eine in Bezug auf die Schwere und den Beginn des Prozesses so ungewöhnliche Augen-Affektion sich in beiden Fällen zuverlässig nach einer von derselben Hebamme mit demselben Mittel gemachten Einträuflung entwickelt hatte, machte mir die Diagnose einer Verätzung völlig zweifellos und veranlasste mich, das Vorkommniss dem Herrn Königl. Kreisphysikus mitzutheilen, durch dessen Vermittlung die Königliche Staatsanwaltschaft gegen den Droguisten H. wegen fahrlässiger Körperverletzung die Anklage erhob.

Inzwischen kehrte das K.'sche Kind wieder in die Behandlung des Herrn Kollegen L. zurück, und dieser bestätigte mir auf mein Befragen, dass er den Verdacht, dass es sich auch bei diesem Kinde um eine Aetzung handle, theile. Allerdings war das K.'sche Kind ein zu früh gebornes, sehr schwächliches, welches in Folge allgemeiner Schwäche auch am 15. 2. 99 d. i. zufällig einen Tag vor der gerichtlichen Verhandlung starb. Deshalb lag einerseits von vornherein der Gedanke an Keratomalacie sehr nahe, andrerseits war der Verlauf ein sehr viel schwererer. Das linke Auge stellte sich überhaupt nicht wieder her, sondern ging in Folge von Perforation zu Grunde, während auf dem rechten eine einfache, theilweise die Pupille deckende Hornhauttrübung übrig blieb.

In dem bei der gerichtlichen Verhandlung von den betheiligten Aerzten erforderten Gutachten konnte ich meinerseits meiner Ueberzeugung nur dahin Ausdruck geben, dass es sich thatsächlich in beiden Fällen um eine Verätzung handelte, Herr Dr. Lesshafft hielt eine solche in seinem Falle für höchst wahrscheinlich, wenn auch nicht für zweifellos erwiesen, während der Kreisphysikus Herr Dr. Braun sich unter Würdigung aller begleitenden Umstände ebenfalls unumwunden für eine Verätzung aussprach, indem er besonders darauf hinwies, dass etwas anderes als die von der Hebamme eingeträufelte Flüssigkeit unmöglich in die Augen gelangt sein könne, und dass insbesondere bei dem K.'schen Kinde durch den schwächlichen Allgemeinzustand zwar der schwere Verlauf der Affektion, nicht aber der frühe Beginn derselben erklärt werden könne.

Fraglich blieb hiernach nur noch die Beschaffenheit der von der Hebamme verwendeten Lösung. Ich hatte meinerseits ursprünglich am ehesten an eine Verwechslung des Höllensteins mit konzentrirter Karbolsäure gedacht, doch ergab die Verhandlung, dass von dem Droguisten offenbar eine Höllensteinlösung zubereitet worden war. Es blieb daher nur die Annahme übrig, dass derselbe sich beim Abwägen in der Konzentration der Lösung geirrt haben musste. Ich schätzte die thatsächlich verwendete Lösung nach dem Grade der Aetzwirkung auf mindestens eine zehnprozentige. Am wahrscheinlichsten blieb, dass der Droguist sich beim Abwiegen um eine Dezimalstelle versehen und statt der zweiprozentigen eine zwanzigprozentige Lösung angefertigt hatte. Im Einzelnen ergab die Verhandlung laut Tenor des gerichtlichen Urtheils hierüber Folgendes: Der Angeklagte will nur eine zweiprozentige Höllensteinlösung zubereitet haben und zwar in folgender Weise: Er habe aus dem mit der betreffenden Aufschrift versehenen Höllensteingefäss Höllenstein entnommen, ihn zerklopft und ein Dezigramm davon abgewogen, dieses in das Fläschchen gethan und 5 Gramm Wasser dazu hineingewogen. Er giebt zu, dass es schnell gemacht worden.

Als die Hebamme W. in dem Geschäft des Angeklagten am 16. Oktober, nachdem sie die Verschleimung der Augen bei dem K.'schen Kinde wahrgenommen, an den Angeklagten die Frage richtete, ob er die Lösung gemacht, dieser es auch bestätigt, wobei sie ihm von der Verschleimung der Augen des Kindes erzählte, kam Angeklagter bald darauf zur W. selbst in ihre Wohnung und wollte das Fläschchen heraushaben, um es zu untersuchen. Die W. verweigerte es, goss aber in ein anderes Fläschchen, welches Kölnisches Wasser enthalten und längere Zeit leer gestanden, den Inhalt aus ersterem. Zur W. that er dann die Aeusserung: er wüsste es nicht, er könnte es nicht herausfinden, es könnten ein Paar Körnchen zu viel sein. Als die W. auf Geheiss des Kreisphysikus das Fläschchen, in welchem, wie eben erwähnt, der Inhalt aus dem anderen hineingegossen worden, abholte, sagte der Angeklagte, sie solle dem Kreisphysikus sagen, er habe schon untersucht, es sei die richtige Lösung.

Das zurückgegebene Fläschchen enthielt nur wenige Tropfen noch, und hat sich daraus feststellen lassen, dass die Flüssigkeit eine Höllensteinlösung war, nicht aber mehr die Stärke derselben. Ebensowenig gewährte das andere Fläschchen einen Anhalt."

Nach alledem hielt es der Gerichtshof für festgestellt, „dass bei beiden Kindern die Augenerkrankung hervorgerufen ist durch die von der Hebamme bewirkten Einträuflungen, dass diese Einträuflungen geschehen sind aus einem Fläschchen, welches die vom Angeklagten zubereitete Höllensteinlösung enthielt, dass bei beiden Kindern sich die Folgen der Einträuflungen im Verlauf von 2 Tagen in einer Trübung der Augen gezeigt haben, dass die festgestellte Trübung der Hornhäute in einer Verätzung ihren Grund hat, dass eine das Mass einer zweiprozentigen weit überschreitende Lösung eine solche Verätzung zu bewirken geeignet ist," kam weiterhin zu dem Schlusse, dass der Angeklagte als ein gelernter Apotheker bei der Anfertigung der Lösung diejenige Aufmerksamkeit aus den Augen gesetzt hatte, zu welcher er vermöge seines Berufes und Gewerbes besonders verpflichtet war und verurtheilte ihn desswegen sowie, weil er ohne polizeiliche Erlaubniss Arzneien, nämlich eine Lösung zubereitet hatte, deren Handel nicht freigegeben ist, zu einer Geldstrafe von 500 Mark.

Das Urtheil ist rechtskräftig geworden und hat übrigens auch dem Kaiserlichen Gesundheitsamt auf dessen Wunsch zur Einsicht vorgelegen.

Bei der Beurtheilung des vorstehenden Falles wird man zugeben können, dass derselbe dem Credéschen Verfahren als solchem nicht zur Last fällt, da keinesfalls anzunehmen ist, dass die zur Einträufelung verwendete Flüssigkeit eine nur zweiprozentige Höllensteinlösung gewesen sei. Jedenfalls aber scheint mir durch diesen Fall der Beweis dafür erbracht zu sein, dass bei mangelnder Umsicht durch das Credésche Verfahren schwerer Schaden angerichtet werden kann. In diesem Falle lag die Schuld an dem Drogisten, welcher sich bei Anfertigung der Lösung offenbar geirrt hatte. Ob dergleichen nicht ebensogut in einer Apotheke möglich ist, will ich umsoweniger entscheiden, als Herr K. selbst approbirter Apotheker ist. Doch sollten meines Erachtens die Hebammen jedenfalls darauf hingewiesen werden, sich die zu ihrem Gebrauche fertige Höllensteinlösung nur auf ärztliches Rezept machen zu lassen, damit auf diese Weise die Wichtigkeit einer genauen Dosirung schon äusserlich gekennzeichnet wird.

Gegen die Hebamme ist in diesem Falle ein gerichtliches Verfahren nicht eröffnet worden. Gleichwohl scheint mir auch ihr Verhalten keineswegs einwandsfrei zu sein. Dass ich dem nicht zustimmen kann, dass eine Hebamme sich auf einfache mündliche Bestellung die Höllensteinlösung in einer Droguenhandlung anfertigen lässt, ist bereits erwähnt. Ich glaube ferner, dass, wenn die Hebamme auf der Höhe ihrer Aufgabe gestanden hätte, die Augenerkrankung der beiden Kinder von ihr schon am ersten Tage hätte bemerkt werden müssen, wie dieses ja bei dem K.'schen Kinde sogar von einem Laien, nämlich der Tante des Kindes, thatsächlich geschehen ist, und dass dann sofort ärztliche Hilfe hätte requirirt werden müssen.

Endlich war es auch zweifellos sehr unklug von der Hebamme gehandelt, dass sie, nachdem sie sich selbst von dem angerichteten Schaden überzeugt hatte, den ganzen Inhalt des von ihr verwendeten Fläschchens dem Drogisten auf dessen Bitte zur Verfügung stellte, anstatt wenigstens einen Theil davon ihrer vorgesetzten Behörde, d. i. also dem Herrn Kreisphysikus, zur Untersuchung einzubehalten.

Bei alledem wurde ihr von dem letzteren in öffentlicher Gerichtsverhandlung das Zeugniss ausgestellt, dass sie eine unserer tüchtigsten Hebammen sei. Es mag sein, dass bei der jetzigen Ausbildung unserer Hebammen von ihnen gar nicht erwartet werden kann, dass sie sich auch in besonderen Fällen richtig zu verhalten wissen werden. Darin liegt aber gerade meines Erachtens ein sehr wesentliches Bedenken gegen die obligatorische Einführung des Credé'schen Verfahrens. Der Fall z. B., dass einer Hebamme ihr Fläschchen ausgelaufen ist, oder dass sie dasselbe überhaupt nicht zur Hand hat, kann sich offenbar sehr leicht wiederholen, und wie sich unter solchen Umständen eine ungewandte Person fern ab von Arzt und Apotheker verhalten wird, mag dahingestellt bleiben. Mir ist erst vor Kurzem ein circa drei Wochen altes Kind in die Sprechstunde gebracht worden, welches auf beiden Augen eine im Abklingen begriffene Blennorrhoe mit leichter Hornhautverschwärung zeigte, und dessen Mutter auf mein Befragen angab, es wäre dem Kinde nach Beginn der Entzündung von der Hebamme Eiswasser ins Auge eingegossen und die Hinzuziehung eines Arztes für unnöthig erklärt worden. Ob sich die Sache thatsächlich so verhielt, ist in diesem Falle nicht festgestellt worden. Die Hebamme bestritt es. Doch halte ich dergleichen ebenso für möglich wie den Fall, dass sich eine Hebamme mangels einer 2prozentigen Argentumlösung versucht fühlen könnte, anstatt dessen vielleicht eine antiseptische Lösung von Karbol oder Sublimat, das sie ja bei sich führt, in einer ungeeigneten Konzentration anzuwenden. Ich bezweifle ferner, ob es die Hebamme mit der Anwendung nur eines Tropfens der 2prozenten Höllensteinlösung immer so genau nehmen wird, wie es erforderlich scheint und ebenso theile ich die Bedenken jener Autoren, welche die Hebammen im Allgemeinen nicht für befähigt halten, die auf die Credé'sche Einträuflung folgende Reaktion von einer wirklichen Blennorrhoe genügend zu unterscheiden.

Mag daher das Credé'sche Verfahren in Entbindungsanstalten auch noch so segensreich wirken, für die Privatpraxis halte ich es auch meinerseits nicht für geeignet.

Ueber physiologische und traumatische Geräusche am Becken und über traumatische einfache und tuberkulöse Entzündungen der Ileosacralgelenke.

Von

Dr. Schwarze.

Wir kennen an vielen Gelenken des Körpers Geräusche, welche wir Mangels anderer Veränderungen als physiologische anzusehen gewohnt sind, und durch welche eine Erwerbsbeeinträchtigung nicht bedingt ist.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich nicht gefunden, dass solche Geräusche auch am Becken beobachtet worden sind, und doch bin ich etwa sechsmal in der Lage gewesen, bei Unfallverletzten dort Geräusche zu hören und zu fühlen, über deren Ursprung und Dignität bezüglich des vorangegangenen Unfalls ich mir zunächst nicht klar wurde.

Ich konnte zwar mit Sicherheit ausschliessen, dass diese Geräusche in den Hüftgelenken entstanden, an denen man auch zuweilen, wenn auch seltener als z. B. im Schultergelenk, physiologische Geräusche zu hören bekommt, aber damit war für die Lokalisation der in Rede stehenden Geräusche nichts gewonnen, und auch die Untersuchung mit dem Phonendoskop liess mich im Stich. Die typischen Stellen, an denen ich Geräusche in meinen Fällen fand, waren 1. vorn, etwa in der Mitte der Leistenfurche, und 2. hinten am Hüftbeinkamm, näher oder entfernter vom Ileosacralgelenk.

Da die häufigsten Stellen der Beckenring-Frakturen und Fissuren gerade durch die Schambeinäste und hinten durch die Hüftbeinkämme in der Nähe der Ileosacralgelenke zu gehen pflegen, so lag der Gedanke eines solchen nicht fest gewordenen Bruches, also einer Art Krepitationsgeräusches, nahe und die geklagten Beschwerden der Träger erschienen mir begreiflich. Andrerseits aber musste man sich überlegen, dass gerade die Krepitation bei dieser Art von Brüchen am häufigsten fehlt; auch fehlte der lokalisirte Bruchschmerz an den genannten Stellen. Wenn es sich auch ferner stets um Quetschungen des Beckens durch auffallende Lasten oder um Fälle auf das Gesäss oder den Rücken handelte, also an und für sich um Verletzungen, bei denen man an Brüche oder Luxationen denken konnte, so waren die Unfälle an sich nicht so schwere gewesen. Vor Allem aber waren die Verletzten zu der Zeit, in der ich sie zu sehen bekam, meist 13 Wochen nach dem Unfall, schon wieder viel zu gut auf den Beinen und zu wenig beschränkt in ihren Bewegungen des Rumpfes und der Gliedmassen, als dass man einen Beckenbruch annehmen konnte, der auch niemals Symptome Seitens der Weichtheile, der Blase oder des Mastdarms gemacht hatte.

Als ich in Folge dieser Zweifel eine grössere Anzahl gesunder älterer und jüngerer Menschen und mich selbst auf das Vorkommen von Geräuschen am Becken untersuchte, fand ich, dass sie namentlich bei älteren Männern nicht so selten sind und zwar immer typisch an den oben genannten Stellen. Ich konnte das in der Leistengegend entstehende Geräusch häufig fühlen bei starker Abspreizung und Auswärtsrollung des gestreckten Beines in horizontaler Rückenlage oder auch bei passiver Abspreizung und Auswärtsrollung des im Knie- und Hüftgelenk stark gebeugten Beines.

Das neben dem Hüftkreuzbeingelenk zu fühlende Geräusch entstand bei einzelnen Personen schon, wenn in aufrechter Stellung das gestreckte Bein seitlich so weit wie möglich erhoben wurde, bei den Meisten aber, wenn das gestreckte Bein nach vorn möglichst erhoben und möglichst kreisförmig nach hinten und wieder nach unten in die Standstellung geführt wurde, anscheinend immer in dem Momente, ehe das Bein von hinten nach unten gesenkt wurde. Je mehr darauf gehalten wurde, dass die Stellung des Rumpfes eine streng senkrechte war, desto leichter und lauter konnte das Geräusch erzeugt werden.

Oft gelang es, beide Geräusche nach einander bei der oben beschriebenen Bewegung zu erzeugen. Auch an meinem Körper ist mir dies oft gelungen, während es mir an manchen Tagen überhaupt misslang, die Geräusche zu erzeugen, wie es mir schien, immer dann, wenn ich durch Turnen oder Reiten reichliche Muskelübung gehabt hatte.

Während das vordere Geräusch nur selten ohne gleichzeitiges Zufühlen zu konstatiren war, war das hintere oft so laut und hart, dass es mehrere Meter weit und beinahe beängstigend zu hören war.

Wo und wie entstehen diese Geräusche? Bezüglich des Ersteren kam ich durch häufige Untersuchungen zu der Ansicht, dass es durch den Schleimbeutel erzeugt wird, welcher zwischen dem m. Ileopsoas und dem horizontalen Schambeinast liegt und die Bewegungen dieses Muskels erleichtern soll.

Bekanntlich liegen in der näheren Nachbarschaft dieses Schleimbeutels noch drei andere; nämlich einer, relativ gross, zwischen dem m. obturator internus und Knochen, welcher seine Fortsätze zwischen die Faszikel des Muskels und der ihn begleitenden mm. gemelli hineinschickt; ein zweiter zwischen der Sehne des Muskels und dem Hüftgelenk, der mit ersterem öfter kommunizirt, und ein dritter zwischen m. quadratus femoris und Trochanter minor (nach Quain-Hoffmann). Der bei weitem grösste dieser vier Schleimbeutel ist der unter dem m. Ileopsoas, der nicht selten mit der Hüftgelenkkapsel kommunizirt. Dass es aber gerade dieser Schleimbeutel ist, welcher das Geräusch hervorruft, glaube ich damit beweisen zu können, dass ich es auch — allerdings nur in einem Falle — bei einer Frau fühlen konnte, welche die oben beschriebene Beinbewegung ausführen musste, während ich den Finger in der Scheide hatte und diese Gegend abtastete. Diese Umstände und die verschiedene Faltung und Füllung der Schleimbeutel, welche an anderen Körperstellen Analogien hat, erklärt dies Geräusch ohne Weiteres als ein völlig physiologisches, das ohne weiteren Zusammenhang mit einer Verletzung vorhanden sein kann und häufig vorhanden ist.

Nun könnte man natürlich einwenden, dass, wenn es nicht regelmässig vorhanden ist, es gerade immer dann entstehen wird, wenn ein Bruch oder eine Einknickung des horizontalen Schambeinastes oder des angrenzenden Hüftbeintheiles vorhergegangen war, welcher eine Verdickung oder Verschiebung des Knochens an dieser Stelle erzeugt hat, dass es also erst recht ein Symptom solcher Verletzungen sei. Hierüber fehlt mir die Erfahrung, aber wenn dies der Fall wäre, könnte man doch wohl zunächst annehmen, dass es dann von chirurgischer Seite längst erwähnt und anerkannt wäre, während man gerade weiss, dass bei derartigen Brüchen Krepitationsgeräusche fehlen! Dass eine selbständige oder traumatische Entzündung dieses Schleimbeutels jemals beobachtet worden ist, habe ich bei meiner Literaturdurchsicht nicht ermitteln können und erscheint mir von vornherein schon deshalb sehr unwahrscheinlich, weil bei den so sehr häufigen Eiterungen des so dicht benachbarten bezw. kommunizirenden Hüftgelenks sicher ein derartiges Vorkommniss bekannt wäre.

Ich glaube mich deshalb auf Grund des Vorkommens bei vielen niemals am Becken Verletzten zu dem Schlusse berechtigt, dass das über dem horizontalen Schambeinaste häufig bei Bewegungen des Beines zu fühlende Schleimbeutel-Geräusch ein physiologisches ist, welches niemals bei vorangegangenen Verletzungen in der Beckengegend nach irgend einer Richtung hin verwendet werden kann und keinerlei Beschwerden macht. Derartige Behauptungen entbehren m. E. stets der Begründung.

Die Entstehung des hinteren Geräusches ist eine wesentlich andere! Es entsteht nach meinen Untersuchungen im Hüftkreuzbeingelenk selbst. Ich bin zu dieser Ansicht durch meine geburtshilflichen Erfahrungen gelangt! Wer recht viel Zangenentbindungen gemacht hat, namentlich auch solche am hochstehenden Kopfe, der wird wohl ebenso wie ich zuweilen bei den Traktionen ein recht unangenehm knackendes Geräusch gehört haben, beinahe als ob Knochen bricht. Später findet man aber zum Glück weder am Kinde noch an der Mutter irgend eine Knochenverletzung. Ich will damit nicht etwa die Symphysentrennungen in Abrede stellen, welche thatsächlich bei derartigen gewaltsamen Entbindungen beobachtet worden sind, kann aber umgekehrt versichern, dass in meinen relativ häufigen Fällen, in denen ich das Geräusch gehört habe, sicher eine Symphysenruptur nicht stattgefunden hat, zumal diese doch im Wochenbett deutliche Symptome machen. Erst ein Fall deutlicher Entzündung des Ileosacralgelenkes, den ich in den Charité-Annalen (Jahrgang XVII, Bericht über die Entbindungsanstalt) beschrieben habe, brachte mich darauf, dass in diesen Fällen die vorderen Bänder des genannten Gelenkes gerissen waren. Dass ich damit Recht habe, geht, wie ich glaube, aus der Anatômie des genannten Gelenkes hervor. Luschka schreibt 1854 über die Bänder desselben, dass das vordere überhaupt kein deutlich geschiedenes Ligament ist, sondern nur eine „stellenweise Anhäufung der übrigens kontinuirlichen Faserung der Knochenhaut", während das hintere ein massives Band ist, welches eine Art von Bandscheibe zwischen Tuberositas ossis sacri et ilium bildet". Dass diese vordere Gelenkverbindung zwischen den beiden Knochen thatsächlich eine sehr labile ist, haben wir gelegentlich der modernsten geburtshilflichen Operation, der Symphyseotomie kennen gelernt. In Leichenversuchen, die ich seiner Zeit zur Feststellung der Art der Beckenerweiterung bei dieser Operation machte (über Symphyseotomie Berl. Klin. Woch. 1893/8) konnte ich dieses Klaffen des Gelenkes durch Bandzerreissung auf der vorderen Seite erzeugen, sobald der Symphysenspalt 3—4 cm breit wurde. Dass eine so weite Auseinanderpressung durch eine auf das Becken auffallende Last oder durch einen Fall auf das Gesäss bezw. Kreuzbein zu Stande kommen sollte ohne weitere Brüche am übrigen Beckenring, erscheint zunächst unwahrscheinlich, wenn auch bei der Elastizität des Beckenringes nicht ganz unmöglich. Aber man braucht diese gezwungene Erklärung gar nicht, sondern die Zerreissung der vorderen Bänder wird schon durch den Mechanismus der Hüftkreuzbeingelenke glaubhafter. Die Untersuchungen von Walcher haben nämlich ergeben, dass diese Gelenke eine verhältnissmässig recht ausgiebige Beweglichkeit besitzen um eine horizontale Axe, welche man quer durch das Kreuzbein, etwa in Höhe des zweiten Sakralloches, legt. Ich will mich nicht in nähere Details einlassen, thatsächlich aber wird bekanntlich die Konjugata vera durch diese Bewegung der Hüftbeine nach unten, wie sie bei der sog. Walcher'schen Hängelage benutzt wird, um 1—1,5 cm erweitert.

Nun kann ich mir sehr wohl vorstellen, dass durch einen Fall auf die Kreuzbeingegend oder durch Auffallen einer schweren Last auf das Becken bei einer gleichzeitig nach unten gesenkten Stellung des Kreuzbeines zu den Hüftbeinen und bei Auseinanderpressung des Beckenringes die Federung desselben zwar einen Bruch verhütet, dass aber der Ring an der schwächsten Verbindungsstelle, nämlich dem schwachen inneren Ileosacral-Ligament, platzt ohne weitere Verletzungen.

Ich stehe mit dieser Ansicht nicht in der Luft, sondern auf der Basis erstens zweier selbst beobachteter Fälle von geburtshilflicher Verletzung des genannten Gelenks und zweitens auf der Basis zweier Unfälle bei Männern, in denen die Diagnose gar nicht anders als auf eine Verletzung des genannten Gelenkes gestellt werden konnte. Weiter unten werde ich auf die Krankengeschichten noch zurückkommen.

Um so mehr erfreut war ich, als in diesem Jahre Bardenheuer & Schede auf der Münchener Naturforscherversammlung ihre Erfahrungen über Tuberkulose des Ileosacralgelenkes mittheilten. Beide zusammen haben 46 Fälle beobachtet, auf die ich später noch zurückkomme. Aber bezüglich der Aetiologie haben (nach Referat) Beide die Affektion fast ausnahmslos bei Arbeitern im dritten Dezennium durch traumatische Einflüsse entstehen sehen und zwar durch häufig wiederkehrende Erschütterungen des Rumpfes, wie sie durch starke Arbeit und häufiges Heben schwerer Lasten gegeben werden.

Um nun zunächst auf meine Fälle zu kommen, an denen ich die Diagnose der Entzündung des Ileosacralgelenkes stellte, so betrafen die beiden geburtshilflichen Beobachtungen eine

spontane und eine Zangenentbindung. Im ersteren Falle (Charité-Annalen B. 17) wurden alle Bewegungen des Beines nicht im Hüftgelenk, sondern in der Gegend des entsprechenden Hüftkreuzgelenkes sehr schmerzhaft befunden, vor Allem aber Druck auf die hintere Seite des Gelenkes und von der Scheide aus der Druck auf die vordere Seite. Auch Druck vorn auf das Darmbein war in der Hüftkreuzbeingegend empfindlich. Die Schmerzen strahlten in die Glutaealgegend und den hinteren Theil des Oberschenkels hin aus, ohne dass die Druckpunkte des n. Ischiadicus schmerzhaft waren.

Der zweite Fall glich diesem genau. Hier hatte ich bei der Zangenentwicklung deutlich ein knackendes Geräusch gehört, und dieses blieb wochenlang, bis mir die Patientin entschwand, bei ausgiebigeren Bewegungen des Beines bestehen, nachdem alle schmerzhaften Symptome verschwunden waren, ausser dass die Patientin es vermied, sich längere Zeit auf das erkrankte Bein zu stützen.

Dieser Fall mit seinem lauten Geräusch fiel mir sofort wieder ein, als ich vor einigen Jahren den ersten Fall bei einem Manne als Verletzungsfolge zu sehen bekam.

Derselbe war auf einer Eisfläche beim Transport von Eis stark auf das Gesäss gefallen und hatte dann wochenlang gelegen, als er mir zur Begutachtung zuging. Er klagte über Schmerzen in der rechten Ileosacralgegend und hatte dort Druckschmerzen, auch Schmerzen bei ausgiebigen Bewegungen des Beins. Er will zunächst gehinkt haben, that dies aber bei meiner Untersuchung nicht mehr. Dagegen erhob er sich aus der liegenden Stellung noch schwerfällig, wie wir es bei Verletzten kennen, die eine Kontusion der Wirbelsäule erlitten haben. Bei seitlichen Erhebungen und kreisförmigem Führen des rechten Beines nach hinten hört man laut und fühlt man ein hartes Geräusch in der Gegend des rechten Ileosacralgelenks. Dasselbe fühlt man aber auch beim Auflegen der Hand auf jeden Punkt der rechten Beckenhälfte. Vor Allem schmerzhaft war es dem Verletzten, wenn man ihn auf harte Unterlage ausgestreckt hinlegte und vorn auf beide Darmbeine drückte. Dann wurde der Schmerz deutlich auf das rechte Hüftkreuzbeingelenk lokalisirt.

Jetzt, ca. 3 Jahre nach dem Unfall, besteht als alleiniger Rest der Verletzung das beschriebene Geräusch, das der Mann durch eine bestimmte Erhebung des Beins hervorruft, während er wieder jede schwere Arbeit leistet und nach meiner Ansicht keine Beschwerden mehr hat, denn er giebt sich mit einer 10 pCt.-Rente zufrieden, was er wohl nicht thäte, wenn er Beschwerden hätte.

Der zweite Fall gleicht auch hier dem ersten in den Symptomen, während die Ursache eine andere war.

Ein sehr schwerer Maissack war einem jungen Stallmann, der gebückt stand, vom Wagen gegen das rechte Bein gefallen, hatte ihn nach hinten gerissen und lag auf seiner rechten Hüfte und wohl auch zum Theil noch auf dem Leib. Er hatte wegen Schmerzen in der Gegend des rechten Hüftkreuzbeingelenks ca. 3 Wochen gelegen und kam mir 4 Wochen nach dem Unfall zur Beobachtung.

Hier bestanden noch bei jedem Schritte und bei längerem Stehen die beschriebenen Schmerzen und die übrigen Symptome einschliesslich des Geräusches, die erst nach etwa einem halben Jahre schwanden, wenigstens stellte der Patient sich mir dann nicht wieder vor.

Mit der Schilderung dieser Fälle musste ich schon ein Stück weiter in meinem Thema gehen, nämlich in das Vorkommen von isolirten traumatischen Entzündungen der Ileosacralgelenke.

Ehe ich hiermit fortfahre, muss ich den ersten Theil meiner Arbeit über die Dignität des am Ileosacralgelenk zu hörenden Geräusches beenden. Ich glaube, man kann von den obigen pathologischen Fällen zunächst den Schluss ziehen, dass durch die Verletzung eine Lockerung des Gelenkes, speziell durch Bandfaserzerreissung auf der Vorderseite stattgefunden hat, und dass durch diese Lockerung bei bestimmten Bewegungen das Geräusch entsteht. Da es nun aber auch bei niemals am Becken Verletzten häufig genug vorkommt, muss man ohne Weiteres den Schluss machen, dass bei diesen eine physiologische geringe Lockerung des Gelenks besteht, für welche wir hinreichende Analogien, namentlich an den Fingergelenken, besitzen. Ich erwähnte bereits, dass das Geräusch bei mir und meinen Versuchspersonen zu Stande kommt, ehe das kreisförmig nach hinten geführte Bein nach unten gesenkt wird. Gerade in dieser Stellung findet aber die physiologisch stärkste Bewegung der sonst so wenig beweglichen Gelenke, nämlich um ihre Querachse, statt, und natürlich wird bei einer etwas forzirten Drehung in dieser Achse das Geräusch am ehesten entstehen.

Aus Vorstehendem lässt sich wohl der Schluss ziehen, dass an und für sich ein Vorkommen dieses Geräusches **kein** pathologischer Zustand ist. Dass, wenn am Becken Verletzte dieses Geräusch bieten, daraus **allein** ebenfalls noch kein Schluss auf eine Entzündung des Ileosacralgelenks und somit auf Erwerbsbeeinträchtigung gezogen werden darf, sondern dass dazu noch andere Symptome dieser Affektion gehören. Das Geräusch ist jedoch wichtig, weil es zur Untersuchung auf solche Symptome hindeutet und mit denselben die Diagnose sichert.

Ich konstatire auf Grund meiner obigen Beobachtungen also das Vorkommen einer isolirten, einfachen traumatischen Entzündung der Ileosakralgelenke, worüber ich in mehreren mir zugänglichen Lehrbüchern der Chirurgie Nichts gefunden habe.

Um nochmals die Symptome der Affektion festzustellen, so bestehen diese 1. in lokalisirten spontanen und Druckschmerzen der genannten Gelenke, namentlich bei längerem Stehen oder Stehen auf dem Bein der befallenen Seite; 2. in ausstrahlenden Schmerzen in die ganze Glutaealgegend und den hinteren Theil des Oberschenkels herab **ohne** Schmerz bei Druck auf den Hüftnerv; 3. für die Diagnose am wichtigsten scheint mir die Untersuchung bei horizontaler Lage auf harter Unterlage. Gleichzeitiges Zusammenpressen oder Auseinanderdrücken beider Hüftbeinstachel wird in der Gegend des befallenen Gelenkes schmerzhaft empfunden.

Welche Wichtigkeit die ganze Diagnose dieser Gelenkentzündungen hat, die nicht nur Kuriositäten sind, geht am Meisten aus der relativen Häufigkeit der tuberkulösen Form der Erkrankung hervor! Joh muss sagen, dass ich über die Zahl von 20 Fällen, die Bardenheuer in den letzten 5—6 Jahren gesehen hat, sehr erstaunt war, und dazu erwähnte Schede 26 von ihm operirter Fälle!

Nach den Beobachtungen dieser Chirurgen (Nach Referat) handelt es sich meist um primär lokale Tuberkulose. Dieselbe befällt fast ausnahmslos Arbeiter im 3. Dezennium und soll durch häufig wiederkehrende Erschütterungen des Rumpfes, wie sie durch starke Arbeit und Heben schwerer Lasten gegeben werden, entstehen.

Meist ist das Kreuzbein am tiefsten erkrankt, quer durch dasselbe geht das Leiden oft bis in das gleiche Gelenk der anderen Seite. Zu den von mir schon oben erwähnten Symptomen der einfachen Entzündung tritt allmählich eine Verdickung an der vorderen und hinteren Seite des Gelenkes. Abscessbildung tritt ein entweder unterhalb des lig. Poupartii oder oberhalb der mm. glutaei oder in der Iliacalgegend oder

vor resp. hinter dem Gelenk, genau der Gelenkfuge entsprechend. Während Bardenheuer bei Abscessbildung jedesmal die Resektion empfiehlt, weil sonst der Ausgang in Amyloid oder allgemeine Tuberkulose eintritt, glaubt Schede, das man häufig ohne Resektion mit Jodoforminjektionen auskommt. Die Operation ist stets eine sehr eingreifende, da es schwierig ist, die Eiterung zu verfolgen. Von Schede's 26 Fällen sind 20 geheilt.

Nach diesen Mittheilungen erübrigt wohl ein weiterer Hinweis auf die Wichtigkeit schon der einfachen Entzündungen genannter Gelenke für die Unfallspraxis!

Mit welchem Rechte empfiehlt das Reichs-Versicherungsamt den Berufsgenossenschaften die Uebernahme des Heilverfahrens während der Wartezeit und wie setzen diese es am Besten ins Werk?

Vertrauensärztliche Studie aus dem gesammten Aktenmaterial der Sektion I der Schlesischen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft für die Jahre 1885—1896.

von

Dr. **Bogatsch**-Breslau.

(Schluss.)

Sind Verletzungen von Fingern hochgradig, wie dies besonders durch Quetschungen zwischen Walzen, durch Räderwerk jetzt häufig der Fall ist, so soll sich jeder Arzt, ehe er durch eine langdauernde Behandlung einen derartigen Finger zu erhalten sucht, stets die Frage vorlegen, ob der Finger selbst im günstigsten Falle der Heilung dem Verletzten nicht eher ein Arbeitshinderniss als eine Beihilfe für die Arbeit abgiebt. Er darf vor allem hierbei auch nicht ausser Acht lassen, dass bei älteren Leuten die unvermeidliche Ruhestellung auch der unverletzten Finger sehr leicht zu einer theilweisen oder gänzlichen Versteifung derselben führt. Entschliesst sich der Arzt dagegen in solchen zweifelhaften Fällen frühzeitig zur Entfernung des verletzten Fingers, so ist bei glattem Heilungsverlauf schon nach kurzer Zeit die Operationsnarbe verheilt und damit die Ursache zur Versteifung der unverletzten Finger vermieden. Welche Summen ein zu konservatives Vorgehen des Arztes die Berufsgenossenschaften kosten kann, ersah ich bei dem dieser Arbeit zu Grunde liegenden Aktenstudium. Einem Verletzten waren durch eine Kreissäge ein Theil der Nagelglieder des 3.—5. Fingers fast losgetrennt worden; sie hingen nur noch an der Haut der Griffläche. Der Arzt, in dessen Krankenhaus der Verletzte sofort gebracht wurde, hoffte dem Mann die Finger in normaler Länge erhalten zu können, nähte die Wunden und fixirte die Finger in gestreckter Stellung auf einem Holzbrettchen. Er erzielte hiermit allerdings, dass die fast abgetrennten Fingerkuppen wieder anheilten; da aber die Ruhestellung der Finger über 2 Monate gedauert hatte, war es zu einer gänzlichen Verwachsung der Sehnen des oberflächlichen und tiefen Fingerbeugers mit ihren Sehnenscheiden gekommen, und auch eine medico-mechanische Nachbehandlung vermochte nur die Beweglichkeit des 2.—5. Fingers im Grundgelenk wieder herzustellen. Dem Manne musste, da er seine rechte Hand nur noch in sehr unvollkommenem Grade gebrauchen konnte, eine Rente von 50 Prozent zugesprochen werden, während er höchstens eine Rente von 25 Prozent erhalten hätte, wenn die fast abgetrennten Fingerkuppen sofort abgeschnitten und die Fingerstümpfe durch Weichtheil genügend bedeckt worden wären.



Fig. 23.
Total versteifter Zeigefinger, welcher ein grosses Arbeitshinderniss abgiebt. Nachträgliche Amputation.

Nicht minder unangebracht war die konservative Behandlung bei den beiden Verletzten, welche die nebenstehenden Bilder demonstriren. Bei dem einen war es nach einer starken Quetschung des Zeigefingers zu einer vollständigen Versteifung sämmtlicher Fingergelenke gekommen, so dass der Finger mit dem zugehörigen Mittelhandknochen einen einzigen Knochen zu bilden schien. Der Verletzte war derartig bei der Ausübung seines Schlosserhandwerks behindert, dass er sofort in die Absetzung des Fingers einwilligte.

Auch der zweite Verletzte liess sich seinen Kleinfinger entfernen, da ihm derselbe in der Stellung, in der er geheilt war, fast jeden Gebrauch der Hand unmöglich machte.



Fig. 24.
In ungünstiger Stellung geheilter Kleinfingerbruch. Nachträgliche Amputation, da der Kleinfinger den Gebrauch des 3. u. 4. Fingers ganz aufhebt.

Welche Verheerungen die Zellgewebsentzündung an den Fingern anrichtet, habe ich schon an anderer Stelle durch Wort und Bild geschildert. Nicht selten begnügen sich die Aerzte damit, die durch die Entzündung zum Absterben gebrachten Sehnentheile zu entfernen. Was soll aber der seiner Beugesehne beraubte Finger dem Verletzten noch nützen? Im Gegentheil, er ist bei vielen Verrichtungen direkt ein Hinderniss. Denn er hindert nicht selten die Gebrauchsfähigkeit der anderen Finger und erregt bei kühlem Wetter stets Kältegefühl und Schmerzen. Man entschliesse sich daher auch in solchen Fällen rechtzeitig zu einer Entfernung des unbrauchbar gewordenen Fingers, denn nach Beendigung der Zellgewebsentzündung lassen die Verletzten in Erinnerung an die eben überstandene langwierige Wundbehandlung nur sehr selten eine nachträgliche Amputation des Fingers zu. Bei Ausführung einer derartigen Operation sollte der behandelnde Arzt sich nicht begnügen, nur den versteiften Finger zu entfernen, sondern müsste dabei meist auch zugleich einen Theil des zugehörigen Mittelhandknochens mitabtragen. Wer häufig Gelegenheit hat, Fingerverletzungen in den verschiedenen Stadien der Heilung zu sehen, der erfährt, was sehr vielen nicht bekannt sein mag, dass die Finger unter einander sich in der richtigen Stellung erhalten. Schafft man nun zwischen zwei Fingern eine Lücke durch die Entfernung des zwischenliegenden, so haben die erhaltenen Finger die Neigung, mit ihren Spitzen sich zu nähern. Dieses Abweichen der Finger

von der normalen Richtung wird aber desto augenfälliger, je grösser die Lücke ist.

Aber auch noch anderes muss der Arzt, wenn er bei Hand- und Fingergelenkverletzungen gute Heilresultate erzielen will, berücksichtigen. Vor allem muss er bei allen älteren Leuten, welche zu Rheumatismus und Gicht neigen, und bei denen sich Andeutungen von Dupuytren'scher Sehnenkontraktur finden, auf das Bestimmteste vermeiden, die Finger beim Anlegen des Verbandes stets in derselben Stellung zu fixiren. Hier kommt es ganz auffallend schnell zu Verwachsungen der Sehnen mit den Sehnenscheiden, die, wenn sie erst fest geworden sind, durch keine Heilmethode mehr beseitigt werden können. Wie schnell die Verlöthung eintritt, sah ich voriges Jahr bei einem Verletzten der chemischen Industrie-Berufsgenossenschaft, welcher in Folge einer Handquetschung drei Wochen lang in halb gekrümmter Stellung



Fig. 25. Quetschung der r. Hand, besonders des Daumens. Unfähigkeit, kleine Gegenstände mit dem r. Daumen und Zeigefinger, ebenso wie mit den unverletzten linken Fingern zu erfassen.

der Finger einen Verband getragen hatte. Als er in der vierten Woche nach dem Unfall in unserem Institut erschien, konnte er die Finger aus der innegehabten Stellung heraus weder weiter beugen noch strecken. Da ich glaubte, er wolle mir eine Bewegungsbehinderung vortäuschen, ergriff ich seine Hand, um passive Bewegungen der Finger auszuführen. Bei dem Streckversuch schrie der Verletzte laut auf, zugleich fühlte ich mit meiner in der Hohlhand liegenden linken Hand ein Knirschen, als wenn Verwachsungen gelöst würden. Jetzt konnte der Verletzte, nachdem der Schmerz abgeklungen war, zu seiner Freude die Finger sofort etwas bewegen und schon nach acht Tagen war er im Stande, sie in vollständig normaler Weise zu beugen und zu strecken. Wäre er in der üblichen Weise erst nach Ablauf der Karenzzeit nach Breslau gekommen, so wäre er sicher zeitlebens im Gebrauch seiner verletzten Hand wesentlich beeinträchtigt geblieben.

Sehr zeitig muss der Arzt bei Handverletzungen seine Aufmerksamkeit auch den kleinen Mittelhand- und Fingermuskeln zuwenden. Geschieht das nicht, so tritt sehr häufig eine Insuffizienz dieser Muskeln ein. Handelt es sich hierbei um die kleinen Muskeln des Daumens, so verlieren solche Verletzte die Fähigkeit, in normaler Weise kleine Gegenstände mit den Spitzen von Daumen und Zeigefinger zu erfassen; sie können das Erfassen und Festhalten, dann nur noch so ausführen, dass sie sie mit der Daumenkuppe gegen die Aussenfläche des Nagelgliedes vom Zeigefinger drücken.



Fig. 26. Quetschung der r. Hand. Unfähigkeit, die Finger in normaler Weise zur Faust zu schliessen.

(5. Bild 25.) Besonders schwer trifft eine derartige Unfallsfolge Frauen, welche durch Nähen, Sticken ihren Unterhalt erwerben, oder Männer, welche z. B. der Feinmechanikbranche angehören. Betrifft die Schädigung die Geigermuskeln, so verliert der Verletzte die Fähigkeit, die Finger im Grundgelenk in normaler Weise zu beugen, wodurch es schliesslich zur völligen Versteifung der Grundglieder kommen kann; solche Menschen sind aber dann nicht mehr im Stande, Gegenstände mit der vollen Faust zu erfassen.



Fig. 27. Unfallsfolg. durch frühzeitige Nachbehandlung beseitigt.

Beide Schädigungen werden bei der Untersuchung Verletzter und bei der Rentenabschätzung leider häufig übersehen. Durch eine rechtzeitig eingeleitete elektrische und heilgymnastische Kur ist oft eine vollständige Wiederherstellung des Verletzten möglich, wie die nebenstehenden Bilder zeigen.

Schliesslich möchte ich noch von Nervenverletzungen die Verletzung des Ellennerven erwähnen, welche zuweilen dicht oberhalb des Handgelenks bei Stahlarbeitern durch abgesprungene Stahlsplitter bedingt werden. Während es jetzt leicht ist, derartige Verletzungen zu diagnosticiren, war es früher vor Entdeckung der sogenannten Röntgenstrahlen nicht möglich. Ich entsinne mich noch deutlich eines Verletzten, welcher im Jahre 1892 beim zusammennieten grosser Eisentheile eine Verletzung in der Nähe des Handgelenks erlitten hatte, und bei dem sich trotz eingeleiteter Behandlung mittelst Elektrizität ein hochgradiger Schwund der vom Ellennerven versorgten kleinen Handmuskeln entwickelt hatte. Erst im Jahre 1897, als er wieder einmal zur Nachuntersuchung mir zugeschickt wurde, konnte ich feststellen, dass ein kleiner Stahlsplitter noch immer im Nerven festsässe, der unbedingt seiner Zeit eine Durchtrennung des Nerven bewirkt hatte. Wäre damals schon diese genaue Diagnose möglich gewesen, so hätte möglicherweise durch Anlegung der Nervennaht die dauernde Erwerbsbeeinträchtigung des Verletzten vermieden werden können. —

Die vorstehende Arbeit ist im Jahre 1898 von mir in Angriff genommen worden, um dem Vorstande der Sektion I der Schlesischen Eisen- u. Stahl-Berufsgenossenschaft den Nachweis zu liefern, dass das von der Sektion gehandhabte Verfahren bei der Uebernahme des ersten Heilverfahrens und der medico-mechanischen Nachbehandlung in der That gleichmässig den Interessen der Verletzten und der Berufsgenossenschaft dient.

Die Arbeit war mithin nur für einen kleinen bestimmten Leserkreis bestimmt. Die in der letzten Zeit gerade von der Zentrale Berlin ausgehenden Veröffentlichungen verschiedener Berufsgenossenschaften über die günstigen Resultate des von ihnen eingeschlagenen Verfahrens bei der Uebernahme des Heilverfahrens reiften in mir der Entschluss, den interessirten Kreisen zu zeigen, dass auch fernab von dem Getriebe der Hauptstadt den für die Berufsgenossenschaften brennendsten Punkten die vollste Aufmerksamkeit zugewandt wird.

Ich habe daher die aus dem Studium von über 2000 Akten zu Tage geförderten Resultate, sowie meine auf einer mehr als 13 jährigen Thätigkeit als berufsgenossenschaftlicher Vertrauensarzt beruhenden Erfahrungen einem weiteren Leserkreise zugängig gemacht. Wenn ich mit meiner Arbeit etwas zur weiteren Klärung des viel umstrittenen Punktes der Uebernahme des ersten Heilverfahrens beitragen sollte, so würde mir dies ein reichlicher Lohn für die auf ihre Abfassung verwendete Zeit und Mühe sein.

Referate.

Allgemeines.

Selbstmord durch Erhängen oder Mord durch Schlag auf den Kopf?

Fakultätsgutachten, mitgetheilt von Dozent Dr. Vladim-Slavik.

(Wiener klinische Rundschau No. 47, 1899.)

Das im Nachstehenden wiedergegebene Fakultätsgutachten hatte die von zwei Gerichtsärzten in verschiedenem Sinne beantwortete Frage, ob es sich im gegebenen Falle um einen Selbstmord durch Erhängen oder um einen Mord durch Schlag auf den Kopf handelte, zu entscheiden. Auch ohne Vorausschickung genauerer Details dürfte die Entscheidung verständlich sein, da sich die näheren Umstände und fraglichen Punkte aus dem Gutachten selbst ergeben. Dasselbe lautet: I. Bei der Sektion des Franz B. (eines 13jährigen Knaben) wurden zwei Gruppen von Veränderungen gefunden: A. Ueber den ganzen Körper ausgebreitete Todtenflecke; Augenlider livid verfärbt; am Halse, welcher vom Hemde entblösst war, eine unterbrochene Strangulationsfurche, welche bis zur Mitte der Kopfnicker reichte und unter welcher nirgends Blutaustritte konstatirt werden konnten; die Gehirnmasse „etwas erweicht" und blutreich; in den Blutleitern und Halsgefässen dunkelrothes resp. schwarzbraunes dickflüssiges Blut; Lungen angewachsen, das Lungengewebe oedematös; die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Bronchien mit röthlichem Schleime bedeckt; in der rechten Herzkammer eine geringe Menge geronnenen Blutes. B. Auf dem rechten Oberschenkel drei „Streifen" von bläulicher Farbe mit bräunlichem Saume; über dem linken Scheitelbeine eine Suffusion von mehr als Linsengrösse, eine zweite von Hellergrösse; eine Suffusion über dem ganzen Hinterhaupte; zwischen harter Hirnhaut und den weichen Gehirnhäuten ein Blutaustritt von Guldenstückgrösse. II. Da keine krankhaften Veränderungen vorgefunden wurden, in Folge deren der Tod hätte eintreten können, ist die Ansicht gerechtfertigt, dass es sich um einen gewaltsamen Tod handelt. Es ist zu entscheiden: a) ob als Todesursache die gefundenen Verletzungen zu betrachten sind, wie die Gerichtsärzte in Ch. behaupten, oder b) ob es sich um eine andere Art der Tödtung handelt.

Ad a) Die konstatirten traumatischen Veränderungen können nicht als Todesursache angesehen werden, weil sie von unbedeutender Ausdehnung sind, und weil weder Schädelknochen, noch grössere, „im Schädelraume liegende Gefässe oder das Gehirn verletzt wurden". Uebrigens kann betreffs der Kopfverletzungen nicht nachgewiesen werden, ob sie während des Lebens, in der Agonie oder nach dem Tode entstanden sind, da diese Blutaustritte nicht näher beschrieben sind. Die Möglichkeit, dass sie durch einen Sturz des Sterbenden oder des Todten entstanden sind, kann nicht ausgeschlossen werden; eine solche Entstehungsart wäre hier um so leichter möglich, als in der Schädelhöhle ein grösserer Blutreichthum, die Hirnmasse blutreich und die weichen Schädeldecken beträchtlich imbibirt gefunden wurden.

Ad b): Da folglich die vorgefundenen traumatischen Veränderungen nicht als Todesursache ausgesprochen werden können, handelt es sich darum, Symptome zu finden, welche auf eine andere Todesart hinweisen würden. Die sub A angeführten Veränderungen können Zeichen von Erstickung sein, und zwar in Folge des Erhängens. Da in diesem Falle keine Zeichen vorgefunden wurden, welche für eine andere Art des Erstickungstodes oder überhaupt für eine andere gewaltsame Todesart sprechen würden und da ein Befund vorliegt, welcher mit dem Befunde beim Erstickungstode in Folge Erhängens in vieler Hinsicht übereinstimmt, so ist der Tod durch Erhängen hier als sehr wahrscheinlich anzunehmen.

Für diese Todesart würden sprechen: der um den Hals vermittelst einer Schnalle befestigte Riemen, dessen Ende augenscheinlich abgerissen ist, und der Befund des zweiten Theiles des Riemens, welcher auf einem Zweige der Eiche befestigt war, unter welcher die Leiche lag. Ferner würden dafür Umstände sprechen, aus welchen hervorgeht, dass F. B. an diesem Aste hing und, als der Riemen riss, herunterfiel, was auch die Lage der Leiche beweist. Ein weiteres Anzeichen für diese Todesart wäre die unterbrochene Strangulationsfurche, welche sich bis zur Mitte der Kopfnicker hinzieht.

Die Gerichtsärzte in Ch. gaben freilich das Gutachten ab, dass das Strangulationswerkzeug erst nach dem Tode angelegt wurde; sie wurden zu dieser Ansicht durch das Fehlen von Blutaustritten im Unterhautzellgewebe und im Bindegewebe zwischen den Muskeln des Halses und durch das Fehlen einer

Kehlkopfverletzung verleitet. Es ist richtig, dass sich beim Tode durch Erhängen Muskelrisse vorfinden, manchmal auch Blutaustritte in ihrer Umgebung, Frakturen der Kehlkopfknorpel, beziehungsweise des Zungenbeines, hin und wieder auch mit Blutaustritten in die Arterien des Halses und mit kleinen Rissen in ihrem Endothel, aber ein solcher Befund ist nicht die Regel; in einer grossen Anzahl von Fällen treten solche Veränderungen nicht ein, weshalb daher nicht aus ihrem Fehlen dahin geurtheilt werden darf, dass der Tod nicht in Folge Erhängens eingetreten ist, dass also in diesem Falle das Strangulirungswerkzeug erst nach dem Tode angelegt wurde. Blutaustritte im Unterhautzellgewebe am Halse sind bei Erhängten ein sehr seltener Befund.

Für den Tod durch Erhängen würden noch weiter sprechen: die ausgedehnten, über den ganzen Körper verbreiteten Todtenflecke, die livide Verfärbung der Augenlider, alle konstatirten Umstände, in Anbetracht welcher es ausgeschlossen werden kann, dass F. B. auf eine andere Weise getödtet und dann aufgehängt wurde.

F. B. wurde vor der Mittagszeit von der Mutter gezüchtigt, er ass nichts zu Mittag, aber steckte ein Stück Brot in den Sack, äusserte sich gegenüber seinem jüngeren Bruder, dass er sich in der Elbe ertränken werde — und Nachmittags wurde er vermisst, worauf ihn die Mutter sofort suchte (auf diese hatte sich der Verdacht der Thäterschaft gelenkt) und es auch überall anzeigte. Beim Lokalaugenschein wurden am Thatorte keine Zeichen eines Kampfes oder einer Gegenwehr gefunden. Auch an der Leiche fehlten solche; ebenso war die Kleidung unversehrt, die Hose war heruntergestreift, weil der Riemen zum Erhängen verwendet wurde. Wie aus dem Lokalbefund und den Zeugenaussagen hervorgeht, hing die Leiche an einem Aste von 4 cm im Durchmesser, in einer Höhe von 2 m und in einer Entfernung von 8 cm vom Stamme, also an einem Orte, an welchen der Selbstmörder leicht gelangen konnte, welcher aber für eine andere Person, die die Absicht hätte, die Leiche oder den in Folge eines Schlages auf den Kopf vielleicht bewusstlosen Knaben aufzuhängen, schwer zugänglich war. III. Aus allen konstatirten Umständen ist zu schliessen, dass es sich in diesem Falle um ein Erhängen in selbstmörderischer Absicht handelt. IV. Alle Kopfverletzungen können leicht durch den nach Reissen des Riemens erfolgten Sturz des Knaben, welcher entweder schon todt war oder in der Agonie sich auf dem Erdboden befand, erklärt werden. V. Die drei Streifen auf dem rechten Oberschenkel, welche im Obduktionsbefund ausführlicher beschrieben werden, sind während des Lebens entstanden. Ihr Sitz und Aussehen stehen in vollem Einklang mit der Angabe der Mutter, dass sie den Knaben Vormittags wegen Ungehorsams mit einem Peitschenstiel gezüchtigt habe. Diese Streifen sind als leichte körperliche Verletzung anzusehen. -y.

Die Krankenfürsorge der Versicherungsanstalt Berlin im Berichtsjahre 1898.

Von Dr. Julius Rothholz, Leiter d. statist. Bureaus d. Vers.-Anst. Berlin.

(Die Arbeiterversorgung No. 33, 1899.)

Wir entnehmen der uns vorliegenden Arbeit einige Zahlenangaben, aus denen erhellt, in welchem Umfange die Versicherungsanstalt „Berlin“ von ihrem Rechte, nach § 12 I. V. G. die Krankenfürsorge zu übernehmen, Gebrauch macht. Während sich die Beträge für Invaliden- und Altersrenten zusammen noch nicht auf 700 000 Mark belaufen, wurden für Krankenfürsorgezwecke allein im vergangenen Jahre rund 800 000 Mark aufgewandt, wovon allerdings 560 000 Mark einmalige Ausgaben für die neu zu errichtenden Heilstätten bei Beelitz darstellen. Der Bericht über die im Sanatorium Gütergotz entfaltete Thätigkeit lautet recht erfreulich. Diese der Versicherungsanstalt für die Unterbringung von nicht tuberkulösen, männlichen Kranken zur Verfügung stehende Anstalt war durch die Errichtung von 3 Döcker'schen Baracken in der Lage, die Belegungsziffer erheblich zu steigern. Gegenüber 279 Patienten im vorhergehenden Jahre, konnten im Berichtsjahre 339 aus der Behandlung entlassen werden. Der Mehrzahl nach waren die Kranken verheirathet; an der Wiederherstellung ihrer Ernährer waren 265 Frauen mit 477 unmündigen oder arbeitsunfähigen Angehörigen interessirt. Um die in Behandlung sich befindenden von der Sorge für Weib und Kind zu befreien, beliess die Versicherungsanstalt ihnen das Krankengeld und verlieh im Bedarfsfalle auch besondere Familienunterstützungen. Für diesen Zweck wurden 4700 Mark verausgabt. Was die Heilerfolge betrifft, so konnten von den 339 Patienten 297 als erwerbsfähig entlassen werden, darunter waren 169 geheilt und 128 gebessert. 32 Prozent der Kranken litten an Affectionen der Haut, Knochen und Gelenke (meist Gelenkrheumatismen), 26 Prozent an Nervenkrankheiten, 15 Prozent an Krankheiten der Respirationsorgane (Tuberkulöse sind ja ausgeschlossen). Die Verpflegungsdauer belief sich im Durchschnitt auf annähernd 80 Tage pro Fall, die Unkosten betrugen für jeden Verpflegungstag rund 4,20 Mark pro Kopf. Von den bisher seit Bestehen der Anstalt zur Entlassung gekommenen 980 Personen beziehen ungefähr 19 Prozent eine Invalidenrente; einer grossen Anzahl von Versicherten ist demnach durch Uebernahme des Heilverfahrens die Arbeitsfähigkeit erhalten geblieben.

Auch zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht ist seitens der Versicherungsanstalt viel gethan worden. Im Berichtsjahre kamen 266 männliche und 94 weibliche Lungentuberkulöse zur Entlassung. Besondere Anerkennung verdient das liberale Verfahren, die Vorzüge der Anstaltsbehandlung allen geeigneten Kranken zu Gute kommen zu lassen, ohne Rücksicht auf die Höhe der geleisteten Beiträge. Die Männer wurden in den Heilstätten des rothen Kreuzes, in Görbersdorf, Loslau und Andreasberg, die Frauen zumeist in Görbersdorf behandelt. Die Kur dauerte durchschnittlich 3 Monate und verursachte im Ganzen 130 000 Mark Unkosten. Ueber 80 Prozent der Kranken konnten als erwerbsfähig entlassen werden; ob der erzielte Erfolg ein nachhaltiger ist, muss natürlich erst die Zukunft lehren. —y.

Chirurgie.

Ueber die akute infektiöse Osteomyelitis der Wirbel.

Von Dr. Otto Hahn.

(Aus der Tübinger chirurgischen Klinik des Prof. Dr. von Bruns.)
(P. von Bruns. Beiträge zur klinischen Chirurgie. 25. Bd. 1. Heft. S. 176.)

Unter den bis jetzt bekannten 41 Fällen ist das männliche Geschlecht doppelt so häufig vertreten als das weibliche. Auch bei dieser Lokalisation der Erkrankung zeigt der jugendliche, im Wachsthum befindliche Knochen die grösste Häufigkeit. Die Halswirbel waren 7 mal, die Brustwirbel 12 mal, die Lendenwirbel 17 mal, das Kreuzbein, hier namentlich die Massae laterales, 5 mal betroffen. Das relativ häufige Auftreten der Osteomyelitis in den Lendenwirbeln begründet sich durch die häufigen Insulte, denen sie ausgesetzt sind. 6 mal wird ein vorausgegangenes Trauma als Ursache der Erkrankung angegeben, während 15 mal betont ist, dass ein Unfall nicht vorherging; in den übrigen Fällen fehlt eine Angabe. Die Verletzungen waren: Tragen eines schweren Gegenstandes 3 mal, Fall auf die Seite 1 mal, Schlag auf den Rücken 1 mal,

Schlag auf den Rücken und Fall 1 mal. Es waren betroffen die Wirbelkörper 14 mal, Wirbelkörper und Dornfortsätze 1 mal, die Wirbelbogen 3 mal, Bogen- und Dornfortsätze zusammen 3 mal, Bogen, Dornfortsätze und Querfortsätze zusammen 2 mal, Dornfortsatz allein 1 mal, Dornfortsatz und beide Querfortsätze 1 mal, Querfortsatz und zwar je einer allein 6 mal, Zahnfortsatz des Epistropheus und Gelenkflächen des Atlas 1 mal; der ganze Wirbel zeigte sich erkrankt 3 mal. Die Wirbelkörper waren 14 mal, die übrigen Abschnitte des Wirbels zusammengenommen 18 mal ergriffen, während sich der ganze Wirbel 3 mal befallen zeigte. 21 Fälle von Wirbelosteomyelitis kamen zur Autopsie. Die Rückgratshöhle und ihr Inhalt waren in 12 Beobachtungen betheiligt, 10 mal fanden sich Eiteransammlungen im Wirbelkanal. Bakteriologisch wurden 12 mal Staphylokokken nachgewiesen, der Staph. pyogenes aureus 7 mal, der Staph. pyogenes albus 2 mal. In den Fällen, wo der Staph. pyogenes aureus nachgewiesen war, war der Verlauf des Leidens ein recht akuter. Der in der Hälfte der Fälle plötzlich eintretende Beginn des Leidens macht Erscheinungen einer akuten Infektionskrankheit. Manchmal ist der Beginn weniger stürmisch, ja schleichend. Die Lokalisation der Schmerzen in der Wirbelsäule ist oft unbestimmt. Die Schwellung der Weichtheile ist abhängig von dem Sitz der Krankheit im Wirbel. Durchbruch von Eiter nach hinten findet sowohl bei Erkrankung der Wirbelbogen und Fortsätze, als, wenn auch seltener, bei Erkrankung der Wirbelkörper statt. Im letzteren Falle verbreitet sich meist die Eiterung nach vorn und abwärts von den Wirbelkörpern mit ev. Durchbruch in Brust-, Bauch- und Rückenmarkshöhle. Bei Halswirbelerkrankung kann sich ein Retropharyngealabszess bilden. Die tiefliegenden Abscesse führen vielfach zu Pyaemie. Die Erscheinungen vom Abdomen (Meteorismus, starke Schmerzhaftigkeit im Leib) geben Anlass zur Verwechselung mit Typhus abdominalis und Peritonitis, auch Meningitis, Pneumonie, Pleuritis, Landry'sche Paralyse wurde diagnostizirt. Kontrakurstellung der Hüfte der betroffenen Seite findet sich gerade so wie bei tuberkulösen Kongestionsabscessen. — Von den mitgetheilten Fällen sind 15 geheilt, 26 (60 pCt.) gestorben. Von den geheilten Fällen waren 8 mal die Bogen und deren Fortsätze, 5 mal die Körper ergriffen, während in den tödtlich verlaufenen Fällen 13 mal die Körper ergriffen waren, darunter 3 mal mit gleichzeitiger Betheiligung der Bogen und 6 mal die Bogen und Fortsätze für sich, davon 2 mal die Querfortsätze allein. Lumbaltheil- und Kreuzbeinerkrankungen zeigen den grössten Prozentsatz an Todesfällen. 8 mal erfolgte völlige Heilung, die Dauer der Heilung währte durchschnittlich $2^3/_4$ Monate.

Verfasser giebt folgende Schlusssätze:

1. die akute Osteomyelitis der Wirbel nimmt keine Ausnahmestellung ein gegenüber der anderer Knochen, was Vorkommen, Aetiologie und Verlauf betrifft, jedoch weist sie in vielen Fällen schwere Komplikationen auf, bedingt durch das Uebergreifen der Eiterung auf die benachbarten Körperhöhlen und die nervösen Centralorgane.

2. Die Diagnose kann bei Berücksichtigung der bekannten Kennzeichen in den meisten Fällen gestellt werden; unüberwindlichen Schwierigkeiten kann sie begegnen durch frühzeitiges Uebergreifen auf Rückenmark und Gehirn oder sonstige Komplikationen sowie durch frühzeitig einsetzende Pyaemie.

3. Die Prognose ist meist abhängig vom Charakter der Infusion und dem Allgemeinzustand des Patienten, vom Sitz an den einzelnen Abschnitten der Wirbelsäule und den verschiedenen Theilen der Wirbel, vom frühen Erkennen und Eingreifen.

4. Die Therapie greife so frühzeitig ein, als die Schwierigkeit der Diagnosenstellung es im einzelnen Falle erlaubt, und sei möglichst aktiv. Sie hat jedoch da ihre Grenzen, wo der Prozess schon weit übergegriffen hat auf die Centralorgane oder wo sonstige schwere Komplikationen bestehen namentlich bereits Pyämie eingetreten ist. G.

Die Behandlung der Rückenmarksverletzungen.

Von Dr. P. Stolper-Breslau.

(Allgem. Med. Centralztg. 1898, No. 56/57.)

I. Die Fürsorge für das Rückenmark selbst. Die grösste Rolle für die Ausdehnung der Verletzung spielt die Quetschung des Mark im Augenblick der Verletzung. Die nachträglichen Massnahmen — Reduktion und Trepanation — können nur den Zweck haben, die Formveränderung des Knochengerüsts zu beseitigen und durch Begünstigung der Blutzufuhr die Heilungsmöglichkeit zu verbessern. Bei Verstauchungen und vielen Brüchen geht die Formveränderung von selbst zurück, bei reinen Verrenkungen ist die Einrenkung nach bestimmten Regeln ausführbar; bei den Knickungen der Wirbelsäule drückt meist schon ein Kissen den Höcker weg, und in den ganz schweren Fällen von völliger Uebereinanderschiebung, bei denen die Seitentheile sich gegen einander stauchen und eine Graderichtung verhindern, hat diese doch keinen Zweck, denn jegliches Festhalten der etwa gewinnbaren Stellung verbietet sich durch den unvermeidlichen Druckbrand. In leichteren Fällen gilt es zunächst, die wieder hergestellte Stellung zu sichern. Hierzu ist das beste Mittel ein für sechs bis acht Wochen angelegter Zug und Gegenzug. Verletzte Halswirbel sind sehr vorsichtig zu behandeln, gleichzeitig durch einen Kragenverband grade zu halten und nicht zu früh passiv zu bewegen, auch wenn scheinbar blos eine Verstauchung vorlag. Die neuerdings viel empfohlene Eröffnung des Wirbelkanals Frischverletzter ist in Fällen wirklicher oder scheinbarer Querschnittsdurchtrennung gefährlich — denn es bildet sich Druckbrand aus, der zu einer Infektion der Rückenmarkshäute die günstigste Gelegenheit giebt —, bei völliger Durchtrennung nutzlos — denn die Nervenbahnen heilen nicht zusammen — und bei unvollkommener überflüssig — denn Reduktion durch Zug leistet hier dasselbe. Wenn man annimmt, dass nach gut reduzirten Rückgratsverletzungen irgend welche Theile dauernd weiter auf das Mark drücken, so geht man von falschen Voraussetzungen aus. Die Wirbelsäule ist ein sehr elastischer Körper, dessen Form im Moment der Verletzung zwar sehr verändert wird, im nächsten, aber durch Zurückschnellen mehr oder weniger zur Norm zurückkehrt. Die Wirbel sind von einer, vorn und hinten besonders kräftigen Brandmasse wie von einem Schlauch umgeben, der, auch wenn sie zerbrochen sind, ihre Theile so zusammenhält, dass durch Zug und Gegenzug jede Formveränderung am besten ausgeglichen wird und dass abgesprengte Knochentheile stets innerhalb des „Schlauchs" bleiben. Wegen etwaiger, von aussen auf das Mark drückender Blutung zu trepaniren, ist ebenfalls ungerechtfertigt, da eine solche nur in Verbindung mit schweren Brüchen und rettungsloser Querschnittslähmung entsteht. Freilegung des Rückenmarks am Frischverletzten ist nur angezeigt bei Wirbelbogenbruch, Schussverletzung des Rückenmarks und bei Stichverletzungen, wenn man vermuthet, dass ein Stück des Stichwerkzeugs stecken geblieben ist. Die späte Trepanation ist gerechtfertigt, wenn nach anfänglichem Rückgang der Lähmungen eine Verschlimmerung eintritt, die auf Verwachsungen zurückgeführt werden könnte.

II. Die Fürsorge für die gelähmten Körpertheile.

Hier ist das Meiste als bekannt vorauszusetzen, nur Einiges besonders zu erwähnen. Der Druckbrand ist nicht ganz zu verhüten. Sorgfältige Beschränkung jeden Drucks aufs Mindestmass und, sobald Gewebe abgestorben ist, geeignete Behandlung (Liq. Alum. acet., Höllensteinsalbe mit Perubalsam) — das ist die Hauptsache. Nur kein fixirender Verband! Die Blasen- und Nierenstörungen führt St., soweit sie bald nach der Verletzung auftreten, nicht auf einen aufsteigenden Prozess, sondern auf eine unter dem Einfluss der plötzlichen Kreislaufsstörung sich rasch entwickelnde, gleichzeitige Nephritis und Cystitis desquamativa zurück, die sich günstigenfalls rasch ausgleicht, vielleicht aber manchmal Ursache späterer Steinbildung ist. Mikroskopische Untersuchungen des Harns bei Lebenden und der Organe an der Leiche haben ihn zu dieser Anschauung geführt. Dem Verweilkatheter und der fortwährenden Drainage zieht er den einfachen Catheterismus vor, dem er jedesmal eine Ausspülung der Harnröhre vorausschickt. Bezüglich der Darmlähmung ist daran zu erinnern, dass auch Lähmungen höherer Darmabschnitte vorkommen, die von manchen Formen des Darmverschlusses und der Bauchfellentzündung so schwer zu unterscheiden sind, dass manchmal die Wirbelverletzung darüber ganz übersehen und ein verfehlter Eingriff im Bauche vorgenommen wird.

Zum Schlusse bemerkt Verf., dass noch viel Kleinarbeit nöthig sein wird, bis völlig klare Diagnosen über die Ausdehnung und damit auch Anzeigen für die Behandlung von Rückenmarksverletzungen gestellt werden können.

F. L.

Ein Fall von Atrophie des rechten Armes nach Trauma des linken Armes.

Demonstration im Wiener medizin. Klub von R. Kienböck.
(Wiener klinische Rundschau No. 45, 1899.)

Ein 32jähriger Bauer, welcher vorher gesund und zu schwerster Arbeit fähig gewesen sein soll, fiel Ende August von einem Wagen $1^1/_2$ Meter hoch herab, das Wagenrad ging über den linken Arm, was eine komplizirte Fraktur des distalen Humerusendes zur Folge hatte. Das Bewusstsein war einige Zeit aufgehoben, nach dem Wiedererwachen konnte sich der Verletzte jedoch nach Hause begeben. Der rechte Arm blieb von dem Trauma zunächst unberührt und war in keiner Weise in seinen Bewegungen beschränkt. Auch sonst sollen keine Lähmungserscheinungen aufgetreten sein. Nach den Angaben des Kranken fing jedoch der rechte Arm schon wenige Tage nach der Verletzung an, magerer zu werden; seit einigen Wochen habe die Abmagerung keine Fortschritte mehr gemacht. Der gegenwärtige Befund ist folgender: Der rechte Arm ist erheblich atrophisch, namentlich die Fingermuskulatur, sodass die Bewegungen im Handgelenk und die der einzelnen Finger eine erhebliche Beschränkung erfahren haben. Dagegen ist die Sensibilität normal, die tiefen Reflexe sind gesteigert; sonst bestehen keine Störungen im Bereich des Nervensystems, namentlich ist der linke, verletzte Arm frei von Atrophie. Bei der Beurtheilung dieses interessanten Falles könnte man an eine links ascendirende und vom Rückenmark aus rechts descendirende Neuritis denken, doch ist dieser Gedanke angesichts der Intaktheit des linken Armes abzuweisen. K. ist geneigt, den Fall als eine chronische Poliomyelitis anterior anzusehen, entstanden auf dem Boden einer angeborenen Schwäche der Vorderhornzellen des Rückenmarkes (darauf deutete auch die schwach entwickelte Muskulatur der unteren Extremitäten), welche die Disposition zu der Erkrankung unter dem Einflusse des Trauma abgegeben hat; für eine gröbere Laesion des Rückenmarkes durch das Trauma selbst lag kein Anhaltspunkt vor. —y.

Ueber partielle, subkutane Zerreissung einer Beugersehne am Vorderarm mit sekundärer Bildung einer ganglionähnlichen Degenerationscyste.

Von Dr. Thorn.
(Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 58, H. 4.)

T. leitet seine Arbeit ein mit einem Hinweis auf eine, schon früher von ihm beschriebene, den Ganglien zuzurechnende Cyste innerhalb einer Streck sehne. Er fand damals makroskopisch sowohl die transparente Balgwand und den charakteristischen Cysteninhalt, als auch mikroskopisch die proliferativen und degenerativen Gewebsvorgänge.

Von praktischem Interesse ist eine derartige intratendinöse Cystenbildung, weil sie bei dem fortschreitenden Erweichungsprozess bei einem schwächeren oder stärkeren Trauma schliesslich zur Sehnenruptur führen muss.

Gewissermassen der umgekehrte Verlauf wurde von T. in dem 2. hier genauer beschriebenen Falle beobachtet. Ein 20jähriger, bisher gesunder Schriftsetzer fiel im April 98 beim Turnen vom Reck herab auf die Beugeseite der Finger und die linke Hohlhand. Es traten sofort heftiger Schmerz in der Hand und dem Vorderarm auf, zusammen mit einer diffusen Schwellung an der Flexorenseite des Vorderarms. Letztere soll allmählich bis zur Ellenbeuge gegangen sein. Durch Massage und Umschläge ging die Schwellung langsam zurück, dagegen blieb ein Defekt der Flexibilität der Finger II—V und des Handgelenkes derart, dass beim Versuche das Radiokarpalgelenk zu beugen oder eine Faust zu machen, beides nur in beschränktem Masse möglich war und Schmerzen verursachte. Der Mann hatte dabei das Gefühl, als ob sich ein beweglicher Körper am Handgelenk zwischen die Sehnen schöbe. Bei seiner Aufnahme 8 Monate später befand sich auf der Volarseite des linken Karpalgelenkes, ungefähr in dessen Mitte, etwas aufwärts vom proximalen Rande des Lig. carpi transv. vol. eine fast knochenharte Anschwellung von der Grösse und Form einer halben Pflaume, welche unter den Beugesehnen zu liegen schien und sich in gewissem Grade hin und her verschieben liess. Bei der Operation sah man nach Durchtrennung der Haut über der Geschwulst eine mit glashellem Inhalt erfüllte Cyste unter der Gliedfascie zwischen den oberflächlichen Beugesehnen liegen. Die Cyste riss beim soliren ein und entleerte einen gelatinösen, wasserhellen Inhalt. Die Wand des überall abgeschlossenen Hohlraumes war von der gemeinsamen derben aponeurotischen Scheide der oberflächlichen Beugersehnen gebildet. In dem Cystenhohlraum und an dessen proximalem und distalem Ende fest mit der innersten Wandschicht zusammenhängend, im Uebrigen durch den sulzigen Inhalt von der Cystenwand getrennt, lag die Sehne, die Portio II, des oberflächlichen Fingerbeuges. Das mittlere Stück der Sehne hatte den silberigen Glanz verloren, seine Oberfläche war rauh, vielfach aufgefasert und hatte im Querdurchmesser eine vollständig unregelmässige Gestalt. Eine mikroskopische Untersuchung ergab, dass ein partieller Sehnenriss vorgelegen hatte, welcher nur die äussersten Schichten der Sehne betroffen hatte. Peripher sah man stellenweise keine Spur von typischer Sehnenstructur, sondern nur degenerirende und proliferirende Gewebspartieen, während im Zentrum die regelmässigen, vorwiegend parallel gefaserten Fibrillenbündel mit den langgestreckten Kernen praevalirten. Der Entartungsprozess entsprach der Koagulationsnekrose. Es bestanden nach dem mikroskopischen Ergebniss zur Zeit der Operation noch degenerative Prozesse im Sehnengewebe, deren Ursprung wohl zweiffellos das vorausgegangene Trauma gewesen ist, weil sie gerade die Teile der abgesprengten und durcheinandergeworfenen Faserbündel betrafen,

Das pathologische Bild eines quer durch die Wand der Cyste gelegten Schnittes ergab Degeneration und Proliferation mit stellenweise enormer Gefässneubildung. Sehne und peritendinöses Bindegewebe hatten demnach auf Grund des gleichen Traumas dieselben Veränderungen durgemacht, die ähnliche der Ganglienbildung zur Bildung eines cystösen Hohlraumes geführt haben.

Subkutane Rupturen stärkerer Sehnen am Vorderarm sind gewiss selten, dagegen sind solche der Achillessehne, der Sehne des Quadriceps femoris, häufiger beobachtet worden. In keinem der in der Litteratur mitgetheilten Fällen von partieller oder totaler Sehnenzerreissung wurde aber die Bildung einer derartigen Degenerationscyste beobachtet, die vor der Operation für ein Ganglion gehalten wurde.

Stabel (Berlin).

Innere Medizin.

Ueber traumatische Nephritis.

Von Prof. Dr. R. Stern-Breslau.

(Monatsschr. f. Unfallheilkd. 1899, No. 11.)

Dass Stich- und Schusswunden der Nieren zu circumscripter, oft in Eiterung ausgehender Entzündung führen können, sei längst bekannt. S. will sich auf die Frage beschränken: Kommt Nephritis in Folge von subkutanen Nierenverletzungen vor? Indem er die Schwierigkeit der kritischen Sichtung des sehr zerstreuten und im Ganzen ziemlich spärlichen Materials hervorhebt, theilt er dasselbe in drei Gruppen: 1. Rasch zur Heilung oder zum Tode gelangende Fälle, in denen der Harnbefund demjenigen einer akuten Nephritis gleicht; 2. Fälle von langandauernder Eiweiss- und Cylinder-Ausscheidung ohne Allgemeinsymptome einer diffusen Nephritis; 3. Fälle von diffuser Nephritis nach Trauma. Seine Erörterungen über diese verschiedenen Gruppen von Fällen traumatischer Nephritis fasst Stern dann in folgenden Sätzen zusammen:

1. Es kommen Fälle von Nierenverletzungen vor, in denen der Harnbefund während der ersten Tage demjenigen bei akuter Nephritis gleicht: ausser rothen Blutkörperchen auch Cylinder verschiedener Art und mehr Eiweiss, als dem Blutgehalte entspricht. In einigen zur Autopsie gelangten Fällen dieser Art fand man keine Nephritis, sondern ausgedehnte Nekrosen. Der Verlauf derjenigen Fälle, in denen nicht durch gleichzeitige, anderweitige Verletzungen der Tod herbeigeführt wurde, war günstig, der Harn wurde in wenigen Tagen wieder normal, allgemeine Symptome der Nephritis fehlten. Auch hier kann es sich, wie bei den zur Autopsie gelangten Fällen, lediglich um Nekrosen gehandelt haben, doch ist die Möglichkeit einer circumscripten traumatischen Nephritis nicht auszuschliessen.

2. In seltenen Fällen bleibt nach Nierenkontusion eine länger dauernde (selbst über Jahresfrist anhaltende) Albuminurie zurück, ohne dass sich sonstige Erscheinungen von Nephritis entwickeln. In den wenigen weiter verfolgten Fällen dieser Art schien völlige Wiederherstellung einzutreten. Anatomische Befunde fehlen bis jetzt. Wahrscheinlich handelt es sich um circumscripte entzündliche Vorgänge im Anschluss an Nierenverletzung.

3. In der Literatur existirt eine Anzahl von Fällen, in denen nach einem Trauma der Nierengegend diffuse Nephritis mit ihren charakteristischen Symptomen (ausser dem Harnbefund auch Oedeme, Netzhautveränderungen, Urämie) beobachtet wurden. Ob in diesen Fällen ein Kausalzusammenhang vorlag, wie manche Autoren annahmen, erscheint noch zweifelhaft. Mindestens für einen Theil dieser Fälle ist es wahrscheinlicher, dass schon vor dem Trauma eine latente chronische Nephritis bestand.

Uebertragung des Schweinerothlaufs auf den Menschen.

Von Dr. Hildebrand, Bergheim.

(Ztschr. f. Medizinal-Beamte, 1899, N. 16.)

Bei einem Metzger zeigte sich einen Tag, nachdem er ein rothlaufkrankes Schwein geschlachtet hatte, auf dem Rücken des rechten Daumens über dem rechten Gelenk eine runde, fünfpfennigstück-grosse, rothe Stelle, teigig anzufühlen, aus welcher sich auf Einschnitt eine seröse hellgelbe Flüssigkeit entleerte. Am dritten Tage erschien eine gleiche Röthung und Schwellung über dem zweiten rechten Daumengelenk. Nach fünf Tagen war ausser dem Daumen auch der Zeigefinger und die Mittelhand im Bereich der Finger-Handgelenke geröthet und geschwollen. Die Röthung schritt in Halbkreisen in Bandform, terrassenförmig vor. Acht Tage nach der Infektion griff sie auf die Innenseite der Hand, zunächst auf den Daumenballen über und bildete hier eine zehnpfennigstückgrosse mit klarem Inhalt gefüllte Blase. Nach zwölf Tagen war die ganze Hohlhand und der Handrücken geröthet, in der Hohlhand befanden sich einzelne dunkle, blaugefärbte, erbsengrosse Flecken. Auch der Unterarm war bis 4 cm über dem Handgelenk in Mitleidenschaft gezogen. Nach zwanzig Tagen war ein Stillstand eingetreten, nur die Röthung und Schwellung der Hohlhand schien noch stärker zu sein. Tags darauf war jede Schwellung und Röthung spurlos verschwunden. Die abgeblasste und gerunzelte Haut begann, in Schuppen und Fetzen sich abzulösen. Das Allgemeinbefinden des Kranken war bis auf eine gewisse Niedergeschlagenheit in den ersten Tagen, stets gut; Temperatursteigerung nie beobachtet. Patient ging vom vierten Tage an mit hochgebundenem Arm und Sublimatkompressen umher. Der Inhalt der am achten Tage vorhandenen Blase wurde mikroskopisch untersucht und ergab Rothlaufbazillen in grosser Menge, die Reinkultur-Ueberimpfungen desselben auf Tauben hatten aus äusseren Gründen keinen Erfolg.

T.

Ueber Keimzerstreuung des Echinococcus im Peritoneum. Klinische und experimentelle Untersuchungen.

Von Dr. H. Riemann.

Aus der Rostocker Chirurgischen Klinik.

(Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie XXIV. Bd., Heft 1, Seite 187.)

Zu den schon in der Literatur niedergelegten klinischen Fällen von Echinokokken-Aussaat im Peritoneum durch Punktion oder durch Ruptur, fügt der Verfasser vier neue recht prägnante Fälle. Durch Versuche stellte er fest, dass Tochterblasen des Echinococcus, die in die freie Bauchhöhle gelangen, hier nicht nur am Leben bleiben, sondern auch an Volumen zunehmen und sogar im Stande sind, Brutkapseln zu bilden und schliesslich auch Enkelblasen zu erzeugen.

G.

Augen.

Schussverletzung der Augenhöhle mit Nachweis des Geschosses durch Röntgen-Strahlen.

Von Dr. Groenouw.

(Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, 1899, S. 151—161. Mit zwei Tafeln.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Schussverletzungen der Augenhöhle; in dem ersten handelte es sich um unvorsichtigen Gebrauch einer Teschingpistole, in dem zweiten um einen Selbstmordversuch. Die letztere Beobachtung ist insofern bemerkenswerth, als es sich um einen von links her erfolgenden

Schuss in die Schläfengegend handelte, wobei das Geschoss den linken Augapfel wahrscheinlich nur streifte, ohne dessen Sehnerven zu verletzen, dagegen den rechten Sehnerven traf und so zur Erblindung dieses Auges führte, während das linke Auge noch ein geringes Sehvermögen behielt. Die Kugel blieb hinten oben in der rechten Augenhöhle stecken. Bei den meisten Selbstmordversuchen durch Schläfenschuss, welche zu Augenverletzungen Anlass geben, erblindet das auf der Einschussseite gelegene Auge, seltener beide Augen. Das umgekehrte Verhalten, nämlich geringere Beschädigung des auf der Seite des Einschusses gelegenen Auges, und Erblindung des anderen Auges, wie im vorliegenden Falle, wird nur selten beobachtet. In dem ersten der vom Verf. mitgetheilten Fälle war eine Teschingkugel von vorn her in die rechte Augenhöhle gedrungen und in oder an deren äusserer Wand liegen geblieben; der Augapfel hatte nur eine leichte Kontusion erlitten. Um den Ort des Geschosses bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen richtig zu bestimmen, ist die Durchleuchtung in verschiedenen Richtungen erforderlich. Es empfiehlt sich dabei, Metalldrähte um den Kopf des Untersuchten zu schlingen, welche möglichst genau mit dem Geschoss in einer Horizontal- oder Frontalebene liegen. In schwierigeren Fällen muss man eine photographische Aufnahme machen. Zwei Reproduktionen derartiger Photogramme sind der Arbeit beigegeben. Autorreferat.

Ueber das Vorkommen von Irisrissen.

Von Prof. Weiss und Dr. Klingelhöffer.
(Arch. f. Augenheilk. 1899, Bd. 39, S. 237—259.)

Ausser der Iridodialysis kommen bei Kontusionen des Augapfels auch Zerreissungen des Sphincter Pupillae vor oder Risse, welche die zwischen pupillarem und ciliarem Rande gelegenen Irispartien durchsetzen. Die Verf. theilen zwei eigene derartige Fälle mit und geben eine tabellarische Uebersicht der bisher veröffentlichten Beobachtungen. Die auf das Auge einwirkenden Kräfte sind meist sehr heftige gewesen. Nur selten sind die Irisverletzungen unkomplizirt, in der Regel finden sich gleichzeitig Verschiebungen oder Trübungen der Linse, Glaskörperblutungen oder Aderhautrisse. Die Pupille ist meist erweitert und reagirt auf Lichteinfall gar nicht oder träge, doch kann sich die Pupillarreaktion später wieder herstellen. Atropin und Eserin wirkt in einigen Fällen, in anderen nicht. Auch Akkommodationslähmung kommt vor.

Groenouw.

Ohren.

Fahrlässige Behandlung und fahrlässige Begutachtung von Ohrenkranken.

Rechtsgutachten von Prof. Dr. jur. Oppenheim-Basel.
(Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, XXXV. Band, 3. Heft.)

Die Ohrenheilkunde ist in Deutschland noch immer nicht Gegenstand der Prüfung im ärztlichen Staatsexamen. Diesem Uebelstande abzuhelfen, ist man in ohrenärztlichen Kreisen durch Eingaben an die Regierungen u. s. w. schon seit längerer Zeit bemüht, und die vorliegende Arbeit ist ein neuer Versuch, die Nothwendigkeit einer ohrenärztlichen Prüfung im Staatsexamen nachzuweisen. Sie ist den Behörden, in deren Händen die endgiltige Ausarbeitung der neuen Prüfungsordnung der Aerzte liegt, überreicht worden.

Die Arbeit ist auf Anregung des Professors O. Körner in Rostock entstanden. In einer Einleitung begründet dieser die Nothwendigkeit des Studiums der Ohrenheilkunde für den Medizinstudenten einmal mit der Hilfsbedürftigkeit der Kranken, dann aber auch mit den Gefahren, die dem lückenhaft gebildeten Arzte selbst drohen, wenn er Ohrenkranke ohne die nöthigen Kenntnisse behandelt. Ausserdem fordert Körner, dass mit der Prüfung in der Ohrenheilkunde allein die offiziellen Vertreter dieses Faches an den Universitäten, nicht aber, wie als geplant verlautete, der innere Mediziner oder der Chirurg im Nebenamte, betraut werden sollen.

Körner stellt dann dem Verf. fünf Fragen und weist zur Information des Juristen auf eine Reihe von Uebelständen hin, die auf die mangelhafte Ausbildung der Aerzte in der Ohrenheilkunde zurückzuführen sind: viele Taubstumme verdanken ihr Leiden Ohrenkrankheiten und würden ihrem bedauernswerthen Zustande nicht verfallen sein, wenn diese Krankheiten von vornherein sachgemäss behandelt worden wären; durch Ohrenkrankheiten, besonders durch Eiterungen der Paukenhöhle, gehen alljährlich viele blühende Menschenleben zu Grunde, weil der Arzt einfache Eingriffe am Ohr, z. B. den Trommelfellschnitt, nicht auszuführen versteht oder nicht rechtzeitig ausführt; umgekehrt wird durch unberechtigte, oft heroische Eingriffe, namentlich beim Versuch, Fremdkörper zu entfernen, viel Unheil angerichtet; schliesslich kommt es bedauerlicher Weise gar nicht selten vor, dass Aerzte ohne Kenntniss in der Ohrenheilkunde als Sachverständige vor Gericht Ohrenkranke begutachten und durch irrige Beurtheilung schädigen.

Die 1. Frage lautet nun: „Was hat ein in der Ohrenheilkunde nicht unterrichteter Arzt straf- und civilrechtlich zu gewärtigen, wenn er Ohrenkranke durch Vornahme nicht sachgemässer Eingriffe oder durch Unterlassung sachgemäss erforderlicher Eingriffe schädigt?" Hierauf antwortet der Verf. nach eingehender Erörterung und unter Begründung nach deutschem Recht, speziell mit Zugrundelegung des neuen Bürgerlichen Gesetzbuches: „Ein in der Ohrenheilkunde nicht unterrichteter Arzt, welcher Ohrenkranke aus Unkenntniss durch Vornahme nicht sachgemässer Eingriffe oder durch Unterlassung sachgemäss erforderlicher Eingriffe schädigt, ist wegen schuldhafter Fahrlässigkeit strafbar und ausserdem civilrechtlich für den angerichteten Schaden haftbar." Wenn also z. B. ein Patient stirbt oder sein Gehör verliert, weil der Arzt aus Unkenntniss den Trommelfellschnitt unterlassen hat, so liegt eine strafbare Fahrlässigkeit des Arztes vor; desgleichen macht sich der Arzt der strafbaren Fahrlässigkeit schuldig, wenn er, durch Unkenntniss und mangelhafte Untersuchung verleitet, einen in das Ohr gerathenen und dort ganz unschädlichen Fremdkörper gewaltsam herauszieht und dadurch Verletzungen erzeugt, welche den Patienten des Gehörs berauben oder sogar zum Tode führen.

Die 2. Frage: „Wie gestaltet sich die Verantwortlichkeit eines mit der Ohrenheilkunde nicht vertrauten Arztes, wenn er die Behandlung eines Ohrenkranken nur deshalb unternimmt, weil kein in der Ohrenheilkunde erfahrener Arzt in erreichbarer Nähe und der Kranke nicht transportfähig ist?" Zusatz: „N. B. Ob ein Ohrenkranker transportfähig ist, kann oft nur ein mit der Ohrenheilkunde vertrauter Arzt entscheiden!" Auch hier bleibt der Arzt, wenn er sich zu Eingriffen verleiten lässt, die sein Wissen und Können übersteigen, für die Folgen verantwortlich, wenngleich nach Lage der Umstände eine sehr milde Beurtheilung des Falles geboten wäre, welche ihm bei der Strafabmessung zu Gute kommen würde. Erklärt der Arzt, nur weil ihm die nöthigen Kenntnisse in der Ohrenheilkunde fehlen, einen Ohrenkranken für nicht transportfähig, und nimmt dann der Kranke körperlichen Schaden, weil er nicht an einen Ort verbracht worden ist, an welchem die nothwendigen Eingriffe sachverständig hätten vorgenommen werden können, so trifft den Arzt ebenfalls schuldhafte Fahrlässigkeit, die er straf- und civilrechtlich verantworten muss.

Die 3. Frage: „Kann ein mit der Ohrenheilkunde nicht

vertrauter Arzt straf- und civilrechtlich verantwortlich gemacht werden, welcher einen Ohrenkranken dadurch schädigt, dass er aus Unkenntniss ein falsches Gutachten über den Kranken ausstellt?" Die Uebernahme der Begutachtung schliesst die Versicherung ein, dass der Arzt die erforderlichen Kenntnisse besitze. Giebt nun ein Arzt sein Gutachten ab, ohne die nöthigen Kenntnisse zu besitzen bezw. sich zu beschaffen, so handelt er zweifellos schuldhaft fahrlässig und ist für seine Fahrlässigkeit verantwortlich. Strafrechtlich kann jedoch der Arzt für diese Fahrlässigkeit nicht belangt werden, weil es eine gesetzliche Strafbestimmung für die fahrlässige Abgabe von ärztlichen Gutachten in Deutschland nicht giebt. Anders steht es mit der civilrechtlichen Verantwortlichkeit. Der Arzt haftet gemäss B. G.-B. § 276 für Fahrlässigkeit und muss den Schaden, welcher seinem Auftraggeber aus seiner Fahrlässigkeit entsteht, ersetzen. Ist der Kranke der Auftraggeber, so ist ihm der Arzt haftbar. Ist ein Dritter, z. B. eine Versicherungsgesellschaft, der Auftraggeber, so ist der Arzt dieser verantwortlich; dem Kranken steht aber in diesem Falle keinerlei Anspruch an den Arzt zu, vielmehr kann hier der Kranke sich nur an die Gesellschaft halten.

Die 4. Frage: „Was hat ein beeidigter Gerichtsarzt (Physikus), der mit der Ohrenheilkunde nicht vertraut ist, straf- und civilrechtlich zu gewärtigen, wenn er durch sein einem Gericht erstattetes sachverständiges Gutachten Ohrenkranke schädigt?" An den Gerichtsarzt treten aus allen Gebieten der Heilkunde Fragen heran, er möchte zugleich Spezialarzt in allen medizinischen Fächern sein. Kommen nun verzeihliche Irrthümer und Fehler in der Diagnose selbst bei Spezialärzten vor, so wird man um so mehr Rücksicht nehmen bei dem Gerichtsarzt, der mit allen Gebieten der Medizin, und oft gerade mit den komplizirtesten Fällen, amtlich in Berührung kommt. Fehler und Irrthümer dürfen ihm daher nur dann als schuldhafte Fahrlässigkeit angerechnet werden, wenn er sie hätte vermeiden können. Darum hat sich der Physikus, ehe er an die Begutachtung herangeht, zu versichern, ob er das erforderliche Wissen besitzt, und sich dieses — durch Literaturstudium oder Befragung des Spezialisten — zu beschaffen, falls er es nicht besitzt. Thut er das nicht, so handelt er fahrlässig, und darum gilt auch für den Physikus, dass er, wenn er mit der Ohrenheilkunde nicht vertraut ist und in Folge seiner Unkenntniss ein falsches gerichtliches Gutachten über einen Ohrenkranken abgiebt, sich einer Fahrlässigkeit schuldig macht und dafür verantwortlich ist. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit ist hier insofern schwer, als der Physikus nach des Verfassers Meinung auf Grund des § 163 des Str.-G.-B. wegen fahrlässigen Falscheides mit Gefängniss bis zu einem Jahre zu bestrafen ist. Ob sich in praxi jeder Gerichtshof dieser Meinung des Verfassers und seinen dieselbe begründenden Ausführungen über die objektive Möglichkeit eines fahrlässig falschen Gutachter-Eides anschliessen würde, darf wohl bezweifelt werden. Civilrechtlich ist dagegen der Physikus dem durch sein falsches gerichtliches Ohrengutachten Geschädigten zweifellos nach § 839 ad 1 des B. G.-B., nämlich wegen Verletzung seiner Amtspflicht, haftbar.

Die 5. Frage: „Kann diejenige Regierung, welche einen Arzt approbirt hat, d. h. zur ärztlichen Praxis zugelassen hat, ohne den Nachweis von Kenntnissen in der Ohrenheilkunde vorher zu verlangen, für die Schädigung von Ohrenkranken durch einen in der Ohrenheilkunde nicht unterrichteten Arzt haftbar gemacht werden?" Die Frage ist strikte zu verneinen, allerdings nur vom rechtlichen Standpunkte. Vom moralischen Standpunkte dagegen trifft die Regierung zweifellos eine gewisse Verantwortlichkeit, und es erwächst daraus dem Staate die moralische Pflicht, die ärztliche Prüfungsordnung in dem von Körner beregten Sinne zu ergänzen.

Den Schluss bildet die ausführliche Schilderung eines typischen Falles fahrlässiger Begutachtung; der falsch urtheilende Physikus hatte nicht einmal jedes Ohr gesondert, mit Ausschluss des anderen, auf seine Gehörweite untersucht. Aehnliche Fälle, wenn auch nicht von beamteten Aerzten, sind auch dem Ref. und wohl manch anderem Ohrenarzte ebenfalls mehrfach vorgekommen.

Bei der einschneidenden Bedeutung, welche die in der Arbeit beantworteten Fragen für jeden ärztlichen Sachverständigen haben, empfiehlt es sich sehr, die Ausführungen im Einzelnen im Original nachzulesen; die Arbeit ist im Verlage von J. F. Bergmann in Wiesbaden auch als Sonderheft erschienen. Richard Müller.

Nahrungs-Hygieine.

Eine Hausepidemie von Typhus abdominalis und Cholera nostras, verursacht durch Verunreinigung eines Brunnens mit Rieseljauche.

Von Dr. Hugo Euphrat in Weissensee-Berlin.

(Deutsche medizinische Wochenschrift No. 47, 1899.)

Nicht immer ist der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung so einwandsfrei klarzustellen, wie bei Gelegenheit der vom Verf. beobachteten Hausepidemie. Der Besitzer einer zu Hohenschönhausen bei Berlin belegenen Gärtnerei hatte vor 3 Jahren sein Grundstück mit einem Anschlussrohr an die zum Berliner städtischen Rieselgute F. gehörige Rieselwasserleitung versehen, und zwar hatte er das Rieselwasserrohr mit dem Wasserrohr in Verbindung gebracht, welches früher, lediglich von dem Kesselbrunnen des Grundstückes mittels einer Dampfmaschine gespeist, den Garten bewässerte. Es war dabei verabsäumt worden, durch eine Absperrvorrichtung den Rückfluss des unter hohem Drucke stehenden Rieselwassers in die Dampfmaschine und den Brunnen zu verhindern. Dieser Fehler in der Anlage rächte sich, als vor Kurzem zum ersten Male der Garten berieselt wurde. Die Rieseljauche ergoss sich nun nicht nur in die Röhrenleitung des Gartens, sondern auch in grosser Menge durch die Dampfpumpe in den Brunnen. Sämmtliche 17 Personen, die während dieser Zeit von dem verunreinigten Brunnenwasser tranken, erkrankten an profusen Durchfällen und Brechruhr, Krankheitserscheinungen, welche Wochen lang anhielten, da kein Arzt zu Rathe gezogen wurde, und die Ursache unaufgeklärt blieb. Schliesslich erkrankten nach 2-3 wöchentlichem Incubationsstadium auch 2 Kinder des Gärtners und dieser selbst, sowie zwei Gehilfen unter den typischen Erscheinungen des Typhus abdominalis. Andere Fälle von Ileotyphus wurden um diese Zeit im Orte nicht beobachtet. — y.

Ueber eine Massenerkrankung durch Vergiftung mit stark solaninhaltigen Kartoffeln.

Von Prof. E. Pfuhl, Oberstabsarzt I. Kl. in Berlin.

(Deutsche medizinische Wochenschrift No. 46, 1899).

Es ist bisher in der Literatur noch keine Massenvergiftung durch stark solaninhaltige Kartoffeln veröffentlicht worden, wo ein zur Vergiftung ausreichender Solaningehalt in den betreffenden Kartoffeln nachgewiesen worden wäre. Die vom Verf. beobachtete Massenvergiftung, bei welcher dieser Nachweis gelang, verdient deshalb besonderes Interesse. Nicht weniger als 56 Personen wurden von der Gesundheitsschädigung betroffen. Die Erkrankungen begannen mit Frost oder Frösteln, Fieber von 38 bis 39,5°, Kopfschmerzen, starken Leibschmerzen,

Durchfällen und Abgeschlagenheit, in manchen Fällen mit Erbrechen, in einigen nur mit Uebelkeit, in mehreren mit Ohnmacht und in einem Falle mit Ohnmacht und Krämpfen. Die meisten der Erkrankten waren schläfrig und theilnahmlos. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung zeigte sich siebenmal deutliche Gelbfärbung der Augenbindehäute, in einem Falle eine deutliche Gelbfärbung der Haut. Bei einem Kranken zeigte sich ein Bläschenausschlag an den Lippen, bei einem anderen Speichelfluss. Eine grössere Anzahl der Patienten klagte über Kratzen im Halse. Keine Pupillenerweiterung. Die Krankheitserscheinungen waren unter entsprechender Behandlung nach mehreren Tagen behoben. In den Kartoffeln, die als Ursache der Massenvergiftung angeschuldigt werden mussten, konnte ein Solaningehalt von 0,38 %, in den geschälten, gekochten Kartoffeln von 0,24 %, nachgewiesen werden, d. h. das Sechsfache der normalen Menge. Auf die verabreichte Portion berechnet, hatte jeder der Erkrankten etwa 0,3 g Solanin zu sich genommen, eine Quantität, die zur Herbeiführung der geschilderten Vergiftungserscheinungen ausreichend ist. -y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Ueber chronische Bauchfell-Entzündungen und -Verwachsungen nach Quetschung des Bauches oder Zerrung des Bauchfells

hielt Prof. Dr. Thiem-Kottbus auf der letzten Naturforscher-Versammlung in München in der Abtheilung für Unfallwesen einen bemerkenswerthen Vortrag, aus welchem wir nach der Monatsschr. f. Unfallheilkunde, 1899, No. 10, Folgendes entnehmen: Redner bespricht hauptsächlich die schwierig zu beurtheilenden Fälle, bei denen irgend ein mit dem Bauchfell überzogener Eingeweidetheil eine verhältnissmässig geringe Quetschung oder Zerrung oder einen Einriss erfährt, und wonach nicht blutige, seröse oder eitrige Ergüsse in den Bauchraum eintreten, sondern die für das Bauchfell so charakteristischen Verlöthungen und Verwachsungen der im unversehrten Zustand glatt aneinander vorübergleitenden Bauchfellflächen in Betracht kommen. Es entstünden hier sowohl Verwachsungen aller mit Bauchfell überzogenen Organe untereinander, als auch mit der Bauchwand in einer grossen Mannigfaltigkeit. Nicht nur Leber, Milz, Netz, Magen, Darm, zum Theil auch Niere und Bauchspeicheldrüse können unter sich und mit der Bauchwand flächenhaft verwachsen, und diese flächenhaften Verwachsungen können unter der durch Peristaltik, Athmung und Körperbewegung erfolgenden fortwährenden Zerrung zu langen Strängen ausgezogen werden. Th. erwähnt bezügliche Fälle theils aus seiner eigenen Praxis, theils aus der Literatur, in welchen bei Operationen, besonders gynäkologischen, die Bedeutung solcher Adhäsionen zu Tage getreten war, und erinnert auch an die von Fürbringer in der Aerztl. Sachverst.-Zeitung, No. 7 u. 9 veröffentlichten Artikel, in welchen auf einige der nach Bauchfellverwachsungen eintretende Erscheinungen, die häufig als Kolik- oder Hysterieanfälle gedeutet werden, hingewiesen wird. Thiem selbst hat in den letzten Jahren fünf Fälle beobachtet, die nach Art der Verletzung und des Befundes keinen Zweifel darüber aufkommen liessen, dass es sich um die besprochenen Verletzungsfolgen handelte. Von diesen fünf Fällen war zweimal hauptsächlich die Lebergegend, zweimal die Magengegend und einmal die rechte Unterbauchgegend getroffen. Viermal handelte es sich um Quetschungen durch Gegenstände mit breiter Fläche und zweimal (da bei einem Manne zwei Verletzungen vorliegen) um ruckartige Zerrungen. Von diesen Patienten ist nur der eine vom Puffer in der linken Oberbauch- und Brustgegend gequetschte Bremser völlig geheilt und hat schon nach zehn Wochen wieder Dienst gethan. Die anderen vier Patienten beziehen jetzt nach drei Jahren noch Renten zwischen 20 und $66^2/_3$ pCt.; bei einem dieser Verletzten hat sich $1^1/_2$ Jahre darauf ein Aneurysma der Bauchaorta ausgebildet, so dass dessen Symptome mit denen der chronischen Bauchfellentzündung sich jetzt vermischen. In allen Fällen — bis auf den zweimal verletzten Mann — war der erste Schmerz und der Verletzungsshok ein sehr heftiger; drei wurden sofort besinnungslos, ein in der Oberbauchgegend von Puffern Gequetschter stürzte nach Befreiung aus seiner Lage besinnungslos mit dem Hinterkopf auf die Schienen und erlitt dabei noch einen Schädelbruch; auch bei den anderen zeigten sich heftige Allgemeinerscheinungen, Bewusstlosigkeit, Ohnmachtsanfälle. In allen Fällen trat fast unmittelbar nach dem Unfall Erbrechen ein, welches sich vier bis neun Tage hindurch wiederholte; bei allen Verletzten war Anfangs der Bauch sehr empfindlich gegen Berührung und festgespannt. — Im chronischen Stadium wurden dann später bei diesen Verletzten sowohl allgemeine, als örtliche Erscheinungen, als auch solche der Nachbarorgane beobachtet. Die allgemeinen Erscheinungen waren hauptsächlich reflektorische Schmerzen in andern Nervengebieten und die durch die Schmerzen überhaupt herbeigeführte seelische Verstimmung, sowie die Folgezustände der Ernährungsstörungen. Von örtlichen Erscheinungen war nur bei einem dieser Verletzten ein derber Strang fühlbar, der von der Blinddarmgegend nach der Wirbelsäule hinzog; bei allen Verletzten war bei Druck auf den Leib deutliche Pulssteigerung zu beobachten, oft um 20 bis 30 Schläge (Mannkopf'sches Zeichen). Von den Erscheinungen seitens der Nachbargebilde wird besonders erwähnt die Betheiligung des Magendarmkanals — Trägheit des Stuhlganges, Blähungen, Appetitlosigkeit, Gefühl von Vollsein im Magen — und die Erscheinungen von Seiten der Leber; bei den beiden mehr in der Lebergegend Verletzten war als auffälliges Symptom zu verzeichnen eine Vermehrung der örtlichen Schmerzen beim Erheben des rechten Arms mit Ausstrahlen der Schmerzen nach diesem und der rechten Schulter. (Das ist sehr wichtig, denn gewöhnlich werden nur spontane sog. konsensuelle Schmerzen in der rechten Schulter als charakteristisch für Leberverletzungen berichtet.) Die eine verletzte Frau bekam überdies nicht nur sofort heftige Schmerzen, wenn sie acht- bis zehnmal den rechten Arm hochgehoben hatte, sondern auch danach alsbald und wiederholt Erbrechen. Erscheinungen seitens des Zwerchfells und der Athmungsorgane machten sich geltend durch oberflächliche Athmung und leise Sprache.

An diesen sehr interessanten Vortrag Thiem's schlossen sich dann in der Diskussion ebenso bemerkenswerthe Angaben, welche Adolf Schmitt-München machte über seine Erfahrungen bei Kontusionen des Unterleibes durch stumpfe Gewalt, bei denen oft ausgedehnte Verwachsungen entstehen können; er berichtete über 10 Fälle von Laparotomie bei solchen Kontusionen, die durch Hufschlag, Auffallen eines kantigen Gegenstandes, Anstossen einer Wagendeichsel u. dergl. zu Stande gekommen waren.

Obwohl die primären Symptome oft äusserst gering waren (5 Patienten kamen zu Fuss in die Klinik, nur wenige hatten in den ersten Stunden Erbrechen, alle aber klagten über starken, ziemlich genau, aber öfter entfernt von der Verletzungsstelle lokalisirten Druckschmerz, bei allen entwickelte sich nach wenigen Stunden ein deutlich nachweisbares Exsudat). Sch. eröffnete stets sobald wie möglich das Abdomen, zunächst von kleinem Probeschnitte aus und fand

unter den 10 Fällen neunmal eine Zerreissung des Darmes, wiederholt auch mehrere (1—5!), zum Theil sehr grosse Perforationen, die natürlich vernäht wurden. Ausser den Perforationsöffnungen fanden sich an der Darmwand fast ausnahmslos noch kontusionirte Stellen, an der braunröthlichen, von subserösen Blutungen herrührenden Verfärbung kenntlich. Diese Darm-Kontusionen liegen sicher auch oft vor bei jenen Fällen, die ohne Operation, also auch ohne dass eine Darmzerreissung vorlag, geheilt sind, und diese Stellen sind es, an welchen sich wohl am leichtesten Adhäsionen entwickeln.

Dazu kämen noch jene Verwachsungen und Verlöthungen, die entstehen an Stellen, an welchen das Bauchfell, sowohl der Bauchdecken wie Eingeweide, durch die Verletzung seines Endothels beraubt oder letzteres wenigstens beschädigt worden ist, ohne dass eine stärkere Läsion der Darmwand in dem vorher erwähnten Sinne eingetreten ist. Auch solche Schädigungen des Bauchfelles lassen sich, wenn man erst danach sieht, öfter bei der Operation nachweisen. Im Laufe der Zeit werden dann, hauptsächlich wohl durch die Peristaltik, die Adhäsionen gedehnt, und es bilden sich dann Anfangs vielleicht mehr flächenhafte, später mehr oder weniger strangförmige Verwachsungen, bei denen nun allerdings noch nicht völlig klar sei, warum ein einzelner Strang zuweilen die heftigsten Beschwerden macht, während enorme Verwachsungen, Dutzende nach allen Richtungen verlaufende Stränge manchmal symptomlos bleiben können. Dass die Art und der Ort der Verwachsungen eine Rolle dabei spielt, sei selbstverständlich. — In Fällen, bei denen nach früherer Kontusion des Unterleibes später erhebliche Beschwerden geklagt werden, müsse man jedenfalls an die Möglichkeit solcher, meist ja nicht fühlbarer Verwachsungen denken und bei der Beurtheilung sehr vorsichtig sein, wenn man dem Verletzten nicht Unrecht thun will.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Aerztliche Gutachten haben den Vorzug vor Erklärungen von Laien.
Rek.-Entsch. vom 23. Sept. 1899.

M. S. zu Köln-Nippes hatte am 27. November 1897 im Betriebe von W. D. in Köln-Nippes eine Verletzung des Kopfes erlitten. Die Verletzung bestand in einem mit Hautwunden verbundenen Bruch des Nasenbeins und des Nasenfortsatzes, des rechten Oberkiefers. Da der Verletzte nach einem Atteste des Dr. H. in Köln vom 1. März 1898 wieder vollständig erwerbsfähig war, verfolgte die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft die Angelegenheit nicht weiter, bis S. im Oktober 1898 bei ihr Entschädigungsansprüche stellte. Sie holten dann ein Gutachten von Dr. K. in Köln ein, der u. A. Folgendes mittheilte: Die äussere Nase zeige eine von dem Nasenbeinbruch herrührende mässige Verdickung in der Gegend der Nasenwurzel ohne Schiefstellung. Im Innern fänden sich normale Verhältnisse, nirgends Eiter, nur an der linken Seite der Scheidewand eine dünne Schleimborke ohne Geschwürbildung. Beide unteren Nasenmuscheln seien mässig katarrhalisch geschwollen. Der Nasenrachenraum sei völlig frei, desgleichen beide Highmors-Höhlen bei der elektrischen Durchleuchtung des Oberkiefers. Für die Klagen des Patienten hätten sich somit objektive Ursachen nicht vorgefunden. Ob die Kopfschmerzen, die nach Aussage des Patienten auch schon früher, jedoch im geringeren Masse bestanden haben sollen, sich in Folge des Unfalls gesteigert haben, lasse sich auf Grund vorstehender Untersuchung nicht entscheiden, wenn auch das Fehlen jeder damit in Zusammenhang zu bringenden örtlichen Erkrankung eher gegen eine solche Annahme sprechen dürfte. Am 13. November 1898 äusserte sich Dr. H. nochmals und erklärte auf die Klagen des Verletzten in Bezug auf Geruchlosigkeit und fauligen Geschmack im Munde brauche man nicht einzugehen, weil sie nicht vom Unfall herstammten und die Erwerbsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Die Schwerhörigkeit sei durch Ohrenschmalzpfröpfe bedingt gewesen und werde nach deren Entfernung geschwunden sein. Da die Kopfschmerzen schon vor dem Unfall bestanden haben, können sie nicht durch den Unfall entstanden sein; eine Verschlimmerung der Kopfschmerzen durch den Unfall kann ebenfalls nicht angenommen werden. Die Kopfwunde sei so unbedeutend gewesen, dass sie in einigen Tagen geheilt war. In seiner Erwerbsfähigkeit scheine S. durch seine Kopfschmerzen nicht beeinträchtigt zu sein, da er nach Auskunft seines Arbeitgebers täglich 3 Mk. verdiene. Durch Bescheid vom 6. September 1898 lehnte die Genossenschaft die Entschädigungsleistung mit der Begründung ab, dass die Beschwerden mit dem Unfalle in keinem Zusammenhange ständen. Nach Vernehmung des Arbeitgebers hat das Schiedsgericht für festgestellt angenommen, dass S. durch die Folgen des Unfalls, andauernde Kopfschmerzen, thatsächlich in seiner Erwerbsfähigkeit um 10 Prozent beeinträchtigt ist. Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein. Geschäftsführer Z. beantragte die Wiederherstellung des Bescheides mit der Ausführung, dass die Gutachten des Sanitätsraths Dr. K. in Köln vom 25. Oktober 1898 und des Dr. H. vom 13. November 1898 nicht durch das Zeugniss des Unternehmers mit der Folge widerlegt werden könnten, dass die Kopfschmerzen auf den Unfall zurückzuführen seien.

Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Präsidenten G. erachtete den Rekurs der Berufsgenossenschaft für begründet und machte u. A. Folgendes geltend: Der Kläger hat dem Sanitätsrath Dr. K. gegenüber zugegeben, dass er bereits vor dem Unfalle an Kopfschmerzen gelitten hat. Es kann sich daher nur um eine Verschlimmerung derselben in Folge des Unfalls handeln. Eine solche ist nach den in dem schiedsgerichtlichen Urtheil wiedergegebenen Gutachten jener beiden Sachverständigen so wenig wahrscheinlich, dass eher das Gegentheil anzunehmen ist. Diesen Gutachten gegenüber kann die Feststellung einer Verschlimmerung auch nicht auf Grund des Zeugnisses des vor dem Schiedsgericht vernommenen Betriebsunternehmers getroffen werden. Wenn der Kläger wirklich erheblich und andauernd durch Kopfschmerzen in der Erwerbsfähigkeit beschränkt würde, so würde diese Beschränkung mehr als 10 Prozent betragen, um welche das Schiedsgericht die Erwerbsfähigkeit herabgesetzt erachtet. Erhebliche und andauernde Kopfschmerzen würden ausserdem den Sachverständigen durch den objektiven Befund erkennbar gewesen sein und den Kläger genöthigt haben, mehr als insgesammt neun Tage im Jahre 1898 die wiederaufgenommene Arbeit zu unterbrechen. Hiernach ist eine zurückgebliebene Einwirkung des Unfalls auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht erweislich und war daher unter Aufhebung der Vorentscheidung der ablehnende Bescheid der Berufsgenossenschaft wiederherzustellen. M.

Erblindung durch seelische Erregung nach einem Brande.
Rek.-Entsch. 20. Sept. 1899.

Der Obermüller P. aus K. i. P. wurde plötzlich erwerbsunfähig, weil er nach einem Brande die Sehkraft auf beiden Augen fast völlig einbüsste. Einige Specialärzte erklärten später, P. leide an Sehnervenschwund; er wäre unzweifelhaft

in einigen Jahren auch ohne weitere Verletzung erblindet; die rapide Entwickelung des Leidens sei aber jedenfalls auf die psychische Erregung bei dem Brande der Mühle, in der P. beschäftigt war, zurückzuführen. Das Schiedsgericht verurtheilte darauf die Berufsgenossenschaft zur Rentenzahlung, indem es annahm, dass das Leiden des Klägers in Folge der psychischen Erregung sich schneller entwickelt habe. Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein und erklärte, psychische Erregung könne nicht als ein Unfall im Sinne des Gesetzes angesehen werden. Nachdem noch Gutachten der Professoren Dr. Sch. und Dr. H. eingezogen worden waren, erkannte das Reichs-Versicherungsamt auf Zurückweisung des von der Berufsgenossenschaft erhobenen Rekurses, indem ausgeführt wurde, die erhebliche seelische Erregung des Klägers beim Brande sei als ein Betriebsunfall anzusehen; ferner aber sei nach den ärztlichen Gutachten mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass zwischen dem Unfalle und der schnellen Entwickelung des Leidens des Körpers ein ursächlicher Zusammenhang bestehe. M.

Leistenbruch als Betriebsunfall.

Rekursentscheidung vom 21. Oktober 1898.

Die westfälische landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft hat das ungünstige Urtheil des Schiedsgerichts rechtzeitig mit dem Rechtsmittel des Rekurses angegriffen und beantragt, das Urtheil aufzuheben und ihren Bescheid vom 24. November 1897 wiederherzustellen. Sie führt aus, wegen des Leistenbruches könne eine Entschädigung nicht mehr beansprucht werden, da die Rechtskraft des Bescheides vom 31. März 1897, der nur wegen der Armverletzung eine Rente gewähre, entgegenstehe. Dass der Bruch nicht habe entschädigt werden sollen, gehe auch daraus hervor, dass die Uebernahme der Kosten für ein Bruchband abgelehnt worden sei. Im Uebrigen werde bestritten, dass der Bruchaustritt auf den Unfall ursächlich zurückzuführen sei. Der Kläger K. hat, gestützt auf die Gutachten des Königlichen Kreiswundarztes Dr. H. und des Königlichen Regierungs- und Geheimen Medizinalraths Dr. R. in Minden beantragt, ihm die gesetzliche Rente zu bewilligen. Das Reichs-Versicherungsamt wies den Rekurs aus folgenden Gründen ab: Die Frage, ob dem wegen des Leistenbruchs erhobenen Anspruch des Klägers die Rechtskraft des Bescheides vom 31. März 1897 entgegenstehe, hat das Reichs-Versicherungsamt zu Gunsten des Klägers verneint. Der Beklagten mag zugegeben werden, dass sie den Leistenbruch des Klägers nicht hat entschädigen wollen, diese Absicht ist aber dem Kläger gegenüber in der gesetzlichen Form, das ist in dem förmlichen berufungsfähigen Bescheide, nicht zweifelsfrei erkennbar gemacht worden. Die Berufsgenossenschaft hat es verabsäumt, den aus dem Leistenbruch abgeleiteten Entschädigungsanspruch des Klägers in dem ersten Bescheide vom 31. März 1897, mittelst welchen dem Kläger wegen sonstiger Unfallfolgen eine Rente von 50 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit gewährt worden war, ausdrücklich abzulehnen. Wenn auch nicht gefordert werden soll, dass die Ablehnung eines Entschädigungsanspruchs, wenn sich die Beklagte auf die Rechtskraft des Bescheides berufen will, in allen Fällen grundsätzlich mit ausdrücklichen Worten geschehen sein muss, so ist doch wenigstens daran festzuhalten, dass der Berechtigte aus sonstigen Umständen mit Sicherheit darauf schliessen muss, dass sein Anspruch abgelehnt worden sei. Das ist aber in der vorliegenden Sache nicht der Fall Allerdings ist in dem Eingange des Vorbescheides vom 15. März 1897 nur von der Handverletzung die Rede, die der Kläger bei dem Unfalle vom 9. Dezember 1896 ebenfalls erlitten hat, und am Schlusse ist bemerkt, dass die Berufsgenossenschaft die Kosten des Bruchbandes nicht übernehmen könne. Auf der anderen Seite ist dem Kläger aber in demselben Vorbescheide aufgegeben, sich von dem Dr. H., der, wie der Beklagten nicht unbekannt sein konnte, das Vorliegen eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Leistenbruch und dem Unfall annahm, weiter behandeln zu lassen, ohne dass das Heilverfahren auf die Handverletzung beschränkt wurde. Ferner ist dem Kläger in demselben Vorbescheid anheimgegeben, sich an Stelle des rechtsseitigen Bruchbandes ein doppelseitiges Bruchband zu verschaffen. Der Kläger konnte daher sehr wohl der Meinung sein, dass ihm die Rente von 50 Prozent sowohl für die Handverletzung als auch für den Leistenbruch gewährt werde. Bestehen aber Zweifel über den Inhalt des Bescheides, so ist die Rechtslage die, dass sich der Kläger auf ein in der Ertheilung des Bescheides etwa liegendes Annerkenntniss seines Entschädigungsanspruches nicht berufen kann, andererseits aber auch die Beklagte, die durch ihr Verfahren zu dem Zweifel Anlass gegeben hat, die Rechtskraft des Bescheides zu ihren Gunsten nicht in Anspruch nehmen kann. Die Frage, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Bruchleiden des Klägers und dem Unfall vorliegt, ist mithin noch eine offene und ist zu dem gegenwärtigen Verfahren von Neuem zu prüfen. Das Reichs-Versicherungsamt hat sich bei Beantwortung dieser Frage dem Schiedsgericht angeschlossen und das Vorliegen eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Leistenbruch des Klägers und dem Unfall angenommen. Für die Beilegung dieser Frage sprachen insbesondere folgende Umstände; Der Kläger hat unbestritten einen Unfall erlitten, indem er beim Holzfahren vom Wagen stürzte. Die Ausführungen der Berufsgenossenschaft, dass eine aussergewöhnliche Anstrengung nicht vorliege und die Arbeit des Klägers eine betriebsübliche gewesen sei, treffen auf diesen Fall offenbar nicht zu. Der Fall hat die rechte Seite des Klägers betroffen, wie der Kläger dem Kgl. Kreisphysikus Dr. M. angegeben hat. Auf dieser Seite ist aber der in Rede stehende Leistenbruch ausgetreten. Der Leistenbruch war, wie der Kreiswundarzt Dr. H. festgestellt hat, neu entstanden, die Bruchpforte war eng und der Bruch war eingeklemmt und schwer zurückzubringen. Wenn bei dieser Sachlage das Schiedsgericht in Uebereinstimmung mit Dr. H. und dem Regierungs- und Geheimen Medizinalrath Dr. R. den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Leistenbruch und dem Unfall angenommen hat, so hatte das Reichs-Versicherungsamt keinen Anlass, dieser Annahme entgegenzutreten. M.

Die Besserung der Erwerbsfähigkeit um 5 Prozent kann nicht als wesentlich angesehen werden.

Rek.-Entsch. vom 23. Okt. 1899.

Ein Schlepper, P. Z., hatte 25 Prozent Rente für einen Unfall zugesprochen erhalten. Der Vorstand der Knappschafts-Berufsgenossenschaft hatte gegen diese Entscheidung rechtzeitig Rekurs eingelegt mit dem Antrage, ihren Bescheid vom 23. März 1899 wiederherzustellen. Dem Rekurse wurde der Erfolg versagt, weil sich das Reichs-Versicherungsamt nicht davon zu überzeugen vermochte, dass der Schaden, welchen der Kläger durch den gegenwärtigen Zustand seiner verletzten Hand an seiner Erwerbsfähigkeit erleidet, mit 25 Prozent der völligen Erwerbsunfähigkeit, zu hoch veranschlagt und mit 20 Prozent erweislich richtiger geschätzt sei. Aber auch dann, wenn das Rekursgericht der letzteren von der Aerztekommission in dem Gutachten vom 1. März 1899 vertretenen Schätzung an sich den Vorzug hätte geben können, würde es deshalb noch nicht die Anwendung des § 65 des Unfallver-

sicherungsgesetzes zur Herabsetzung der rechtskräftig auf 25 Prozent festgesetzten Rente auf 20 Prozent gutgeheissen haben. Denn diese Besserung der Erwerbsfähigkeit um nur 5 Hunderttheile kann nicht als „wesentlich" im Sinne jener Gesetzesstelle angesehen werden. Der Genossenschaft kann auch darin nicht beigetreten werden, dass dieser Grundsatz bei an sich niedrigen Rentensätzen deshalb nicht durchgreife, weil dann die Prozentziffer, um welche die frühere Rentenfestsetzung geändert werden soll, hier also 5 Prozent, einen nicht unwesentlichen Theil des bisher bezogenen Rentensatzes ausmache, also z. B. wie in diesem Falle, ein Fünftel der früheren Rente von 25 Prozent betrage. Denn der für jene Spruchübung entscheidend gewesene Grund ist der, dass es erfahrungsgemäss nicht möglich ist, den Einfluss von Körperschäden auf die Erwerbsfähigkeit bis auf einzelne Hunderttheile genau zu schätzen und Abweichungen in der Schätzung um weniger als 10 Hunderttheile als richtig oder unrichtig nachzuweisen. Diese natürliche Fehlergrenze jeder Schätzung ist dieselbe bei hoher und bei niedriger Erwerbsfähigkeit und es kann deshalb auf das Verhältniss der Prozentzahl, um welche sich die Erwerbsfähigkeit geändert haben soll, zu der bisher giltigen Prozentzahl der Erwerbsunfähigkeit nicht entscheidend ankommen. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Befreiung von der Gewerbesteuer bei Privatirrenanstalten.

Entscheidung vom 16. März 1899.

Der als Unternehmer einer Privatirrenanstalt in der Gewerbesteuerklasse III zu 80 M. Steuer veranlagte Dr. med. N. machte behufs Begründung des von ihm erhobenen Anspruchs auf Steuerfreiheit geltend, dass seine Anstalt ein der Erziehung und dem Unterricht jugendlicher Idioten dienendes Institut sei und dass es sich demnach bei dem Betriebe dieser Anstalt seinerseits lediglich um die Ausübung der nach § 4 No. 7 des Gewerbesteuergesetzes vom 24. Juni 1891 der Gewerbesteuer nicht unterliegenden ärztlichen und erziehenden Thätigkeit handle. Der Einspruch wie die Berufung des Veranlagten wurden zurückgewiesen, die letztere mit folgender Begründung: Nach der grossen Zahl der in ihrer Anstalt untergebrachten Kranken (70 bis 75), nach der Höhe der gezahlten Pflegekosten (400 M. jährlich für die Person neben einer jährlichen Unterstützung der Anstalt seitens der Provinz mit 7000 M.), sowie mit Rücksicht auf das zahlreiche Hilfspersonal (zehn Personen) muss angenommen werden, dass Sie bei ihrem Geschäftsbetriebe in überwiegendem Masse Vermögensinteressen verfolgen, während der Zweck Ihnen Ihre Studien und wissenschaftlichen Forschungen durch Unterhaltung der Heilanstalt zu erleichtern oder eine bessere Behandlung der Idioten zu ermöglichen, hinter dem Erwerbszweck zurücktritt. Unter diesen Umständen ist die Ausübung des ärztlichen und erzieherischen Berufs als Thätigkeit im Gewerbebetriebe anzusehen. Der Betrieb Ihrer Anstalt unterliegt daher der Gewerbesteuer. Die hiergegen eingelegte Beschwerde wurde vom Oberverwaltungsgericht unter Freistellung von der Gewerbesteuer für begründet erachtet, indem Folgendes ausgeführt wurde: Nach der von keiner Seite bezweifelten Angabe des Beschwerdeführers werden in seiner Anstalt nur kindliche Idioten noch zurückgelegtem sechsten Lebensjahre aufgenommen und auch diese nur bis zur Konfirmation, oder wenn sie nicht so weit gefördert werden können, bis zum Eintritt der Pubertät, durchschnittlich bis zum 17. oder 18. Lebensjahre behalten. Es erscheint daher ohne Weiteres glaubhaft, dass der Beschwerdeführer mit dem Betriebe seiner Anstalt als Hauptzweck die Erziehung und die Förderung der geistigen Entwicklung jugendlicher Idioten bei geeigneter körperlicher Pflege und geeignetem Unterricht unter seiner ärztlichen Leitung und Aufsicht verfolgt. Die mit dem Betriebe der Anstalt von ihm entwickelte Thätigkeit ist demnach in der Hauptsache eine ärztliche und erzieherische. Die Gewährung von Wohnung und Verpflegung stellt sich, da jeder thatsächliche Anhalt für die Annahme fehlt, dass er daraus einen besonderen Gewinn zu erzielen beabsichtigte, lediglich als Mittel zur Ausübung dieser Thätigkeit dar und tritt ihr gegenüber als Nebensache zurück. Ebenso unerheblich ist dabei auch, dass der Beschwerdeführer zum Zweck des Unterrichts einen Lehrer und eine Lehrerin hält, während er selbst nur Sprachübungen mit an Sprachstörungen leidenden Zöglingen vornimmt. Denn diese Personen haben ebenso wie die Wärter, die Wärterinnen, die Haushälterin und dergl. gegenüber der durch den Beschwerdeführer selbst ausgeübten Leitung und Beaufsichtigung des ganzen Unternehmens nur die Bedeutung von untergeordneten Hilfskräften des ärztlichen Unternehmers. Da es sich hiernach lediglich um die Ausübung einer ärztlichen und erzieherischen Thätigkeit handelt, so war der Beschwerdeführer gemäss § 4 No. 7 des Gewerbesteuergesetzes von der Gewerbesteuer freizustellen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Elsner, Dr. Fritz. Die Praxis des Chemikers bei Untersuchung von Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen. 7. Auflage. Mit 182 Abbildungen im Text und zahlreichen Tabellen. Hamburg und Leipzig 1900. Leopold Voss. 852 Seiten. Preis 14 M.

Die 7. Auflage des bereits rühmlichst bekannten Werkes hat unter eingehender Berücksichtigung der „Vereinbarungen" öffentlicher Chemiker und aller amtlichen Verordnungen, sowie der gesammten Fachliteratur, die durch die eigenen Erfahrungen des Verf. bestätigt und ergänzt wurde, zu einer vollständigen Umarbeitung der Hauptabschnitte geführt. Nicht nur dem Nahrungsmittelchemiker, für den es in erster Linie bestimmt ist, sondern auch dem ärztlichen Sachverständigen, an den in neuerer Zeit in sanitätspolizeilicher und in forensischer Hinsicht immer grössere Anforderungen herantreten, wird das reichhaltige und in ausgezeichnet klarer Weise geschriebene Buch ein zuverlässiges Hilfsmittel für die Arbeit auf dem entsprechenden Gebiete sein. Neu ist das Kapitel über das Wesen und die Verwendung der X-Strahlen. Firgau.

Scholz, Dr. F. sen.-Bremen. Von Aerzten und Patienten, lustige und unlustige Plaudereien, München, 1900, Seitz u. Schauer, 162 S. — Pr. 3 Mark. —

Die liebenswürdige Art der Schreibweise und die vornehme Auffassung des ärztlichen Berufes wird in dieser kleinen Schrift, welche mit überlegenem Witz und köstlichem Humor das Verhältniss zwischen Aerzten und Patienten behandelt, jeden Leser erfreuen, der sich inmitten des jetzt tobenden Konkurrenzkampfes im ärztlichen Stande noch ein offenes Herz bewahrt hat für eine über die kleinlichen Verhältnisse des alltäglichen Lebens erhabene Lebensanschauung.

Tagesgeschichte.

Anzeigepflicht bei Tuberkulose.

Das Königliche Landes-Medizinalkollegium in Dresden nahm in seiner letzten Plenarsitzung folgenden Antrag an: Die Plenarversammlung erachtet die Einführung einer Anzeigepflicht bei Tuberkulose für erforderlich, und zwar in dem Umfange, dass 1) jeder Todesfall in Folge von Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht von den Leichenfrauen mittels Meldekarte, auf welcher in denjenigen Fällen, in denen der Verstorbene unmittelbar vor dem Tode von einem Arzte behandelt worden ist, der betreffende Arzt die Todesursache zu bescheinigen hat, der Ortsbehörde anzuzeigen ist, 2) die Aerzte in jedem Falle, in welchem ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Erkrankter aus seiner Wohnung verzieht oder in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet, der Ortsbehörde Anzeige zu erstatten haben, 3) jeder in Privatkrankenanstalten, in Waisen-, Armen- und Siechenhäusern, sowie in Gasthöfen, Logirhäusern, Herbergen, Schlafstellen, Internaten und Pensionaten vorkommende Erkrankungsfall an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht von dem behandelnden Arzte bez. von dem Anstalts- oder Haushaltungsvorstand bei der Ortsbehörde anzumelden ist. Dieser Antrag fand bei absatzweiser Berathung und Abstimmung Annahme.

Arbeiterversicherung des deutschen Reichs.

Das Reichs-Versicherungsamt hat beim Jahresanfang Veranlassung genommen, einen Ueberblick über Einrichtung und Leistung der Arbeiterversicherung zu geben. Für die Krankenversicherung sind dabei die Verhältnisse des Jahres 1897, für Unfall- und Invalidenversicherung die des Jahres 1898 zu Grunde gelegt.

Danach gab es bei der Krankenversicherung 8,8 Millionen Versicherte, wovon 6,9 Millionen Männer und 1,9 Millionen Frauen waren, bei der Unfallversicherung 16,7 Millionen Versicherte und zwar 12,9 Millionen Männer und 3,8 Millionen Frauen, bei der Invalidenversicherung 12,7 Millionen Versicherte und zwar 8,4 Millionen Männer und 4,3 Millionen Frauen. Die Einnahme für die gesammte Arbeiterversicherung in den Jahren 1885 bis 1897 belief sich auf 2,9 Milliarden, die Ausgabe auf 2 Milliarden und das Vermögen auf 889,5 Millionen. Die Entschädigungsleistungen betrugen für dieselbe Zeit bei der Krankenversicherung 1,2 Milliarden, bei der Unfallversicherung 366,7 Millionen, bei der Invalidenversicherung von 1891 bis 1897: 254,4 Mill. Mk. Die gesammten Entschädigungsleistungen eines Jahres waren von 54,1 Millionen im Jahre 1885 auf 256,4 Millionen im Jahre 1897 gestiegen und werden in 1899 voraussichtlich 304,5 Millionen betragen haben. Die in den Jahren von 1885 bis 1899 gezahlten Entschädigungen in der ganzen Arbeiterversicherung sind mit 2,4 Milliarden anzusetzen, wovon 1099 Millionen als von den Arbeitgebern, 1164 Millionen als von den Arbeitern und 150 Millionen als durch Reichszuschuss aufgebracht angesehen werden müssen.

Unfallgefahr der einzelnen Gewerbszweige.

Durch die für 1897 vom Reichsversicherungsamt veranstaltete Unfallstatistik ist eine einigermassen zuverlässige Grundlage für einen Vergleich der Unfallgefährlichkeit der einzelnen Gewerbszweige gewonnen. Danach würde das Fuhrgewerbe in Bezug auf Unfallhäufigkeit mit 16,97 entschädigungspflichtigen Unfällen auf 1000 Vollarbeiter der gefährlichste Zweig sein. Es folgen die Müllerei mit 13,51, die Spedition, Speicherei und Kellerei mit 12,36, das Berggewerbe mit 12,09, der Steinbruchsbetrieb mit 11,94, das Tiefbaugewerbe mit 11,85, die Holzindustrie mit 11,77, die Binnenschifffahrt mit 11,35, die Brauerei mit 11,31, das Baugewerbe mit 11,04, die Papierindustrie mit 9,27, die Seeschifffahrt mit 8,95, die Eisen- und Stahlindustrie mit 8,92, die Zuckerindustrie mit 7,89, die chemische mit 7,76, die Brennereiindustrie mit 7,67, die Fleischerei mit 7,03, die Nahrungsmittelindustrie mit 6,79, die Ziegelei mit 6,71, das Schornsteinfegergewerbe mit 6,14, die Privatbahnen mit 5,86, die Feinmechanik mit 5,38, die Lederindustrie mit 5,23, die Gas- und Wasserwerke mit 5,14, die Strassenbahnen mit 4,21, die Glasindustrie mit 4,07, die Musikinstrumenten-Industrie mit 3,96, die Textilindustrie mit 3,41, die Papierverarbeitung mit 3,39, die Buchdruckerei mit 2,66, die Töpferei mit 2,33, die Bekleidungsindustrie mit 2,18, die Seidenindustrie mit 1,26 und die Tabaksindustrie mit 0,42. Was die Unfallschwere betrifft, so kamen an Todesfällen auf 1000 Vollarbeiter bei der Binnenschifffahrt 2,99, bei der Seeschifffahrt 2,77, bei dem Fuhrgewerbe 2,35, bei dem Bergbau 2,06. Das würden die Betriebe mit den schwersten Unfallfolgen sein. Bei der Tabak- und Seidenindustrie kamen je 0,02, bei der Bekleidungsindustrie und dem Buchdruckergewerbe je 0,08 Todesfälle auf 1000 Vollarbeiter. Diese vier Gewerbszweige würden also auf der entgegengesetzten Seite stehen.

Invaliditäts- und Altersversicherung in Norwegen.

Dem Norwegischen Storthing ging vor einiger Zeit ein Gesetzentwurf über Invaliditäts- und Altersversicherung zu, die eine das ganze Volk umfassende Versicherung in Aussicht nimmt. Diesem Plane ist jetzt die Mehrheit der Kommission, die sich mit dem Entwurfe beschäftigt hat, beigetreten. Danach sollen alle männlichen und weiblichen Personen in Norwegen vom 16. Lebensjahre ab verpflichtet sein, Beiträge zur Versicherung zu zahlen. Als niedrigste Rente werden 150 Kr. und als höchste Rente 600 Kr. ausgezahlt. Eine besondere Altersgrenze wird für den Bezug der Rente nicht vorgeschrieben; Letztere wird fällig, wenn Jemand unfähig ist, mindestens 40 pCt. seines gewöhnlichen Einkommens zu verdienen. Für zufällige Invalidität wird gleichfalls Ersatz geleistet, sofern sie über ein halbes Jahr währt.

Amtliche Unfallversicherung in Oesterreich.

Während bei uns in Deutschland die Unfall-Versicherung zur Zufriedenheit der Betheiligten funktionirt, und andere Staaten uns auf den von uns vorgezeichneten Bahnen folgen, scheint in Oesterreich in weiten Kreisen Unzufriedenheit mit der dort bestehenden staatlichen Unfall-Versicherung zu herrschen. Es ist das aus folgender Nachricht zu ersehen. Der Niederösterreichische Gewerbeverein, der Centralverband der Industriellen Oesterreichs, der industrielle Klub und der Bund Oesterreichischer Industrieller haben an das k. k. Ministerium des Innern eine Petition gerichtet, in welcher sie ersuchen, dasselbe wolle im Einvernehmen mit dem k. k. Handelsministerium Angesichts der unhaltbaren Verhältnisse der Oesterreichischen Unfallversicherung, und zwar bevor die geplante abermalige Erhöhung der Beiträge durchgeführt wird, an eine Reform des Unfallversicherungsgesetzes schreiten und den Entwurf der bezüglichen Novelle den betheiligten Korporationen zur Aeusserung übermitteln.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin SW., Gneisenaustr. 99. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von
Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.
und
Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. — № 3. — Ausgegeben am 1. Februar.

Inhalt:

„Einiges über den Verblutungstod“.

Von

Prof. Dr. **Seydel**-Königsberg.

Der Verblutungstod gehört ebenso wie der Erstickungstod zu den dem Gerichtsarzte häufiger vorkommenden Todesarten, und er ist oft schon aus der äusseren Besichtigung der Leiche mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erkennen. Mitunter kompliziren den Verblutungstod allerdings andere Erscheinungen, welche die Diagnose „Verblutungstod“ oft wesentlich modifiziren. Eine Reihe von des Interesses werthen Fällen kam in den letzten Monaten zu meiner gerichtsärztlichen Kenntniss, die ich in ihrem Endergebniss im Nachstehenden kurz zusammenfassen möchte.

Bekanntlich kommt der Verblutungstod dem Gerichtsarzte am Häufigsten vor bei Stich- und Schussverletzungen, ferner liefern die Entbindungsfolgen ein sehr grosses Kontingent, während die übrigen Verletzungen, die den Verblutungstod herbeiführen, relativ selten sind; ich erinnere nur an Platzen von Varicen, Verletzung des plexus pampiniformis bei Schwangeren u. s. w.

In Bezug auf die äussere Erscheinung der Leiche nach Verblutungstod ist als feststehend anzusehen, die sehr blasse, weissgelbliche Hautfarbe, die Blässe, oft ganz weisse Färbung der Schleimhäute der Lippen, Konjunktiven etc., die sehr geringfügige und schwache Entwickelung der meist hellrothen Todtenflecke, die früh eintretende und sehr stark entwickelte Todtenstarre u. s. w.

Bei der inneren Untersuchung finden wir, vorausgesetzt, dass es sich um eine frische Leiche handelt, die Innenfläche der weichen Kopfbedeckungen vorn und hinten blassgelb oder weiss trocken, die Lungen trocken und blass an der Vorderfläche, an der Hinterfläche oft etwas bläulich verfärbt und bluthaltig, die linke Herzhälfte in der Regel ganz leer oder nur Spuren geronnenen Blutes enthaltend, die Gefässe der Hirnhäute mit sehr geringem Blutgehalt, wobei die Senkung nach der Hinterfläche der Leiche, vorausgesetzt, dass diese nach dem Tode längere Zeit auf dem Rücken lag, stets eine gewisse Rolle spielt.

Die grossen parenchymatösen Organe des Unterleibes lassen mehr oder weniger Blutleere erkennen, die aber nie so gedacht werden darf, als ob jeder Blutstropfen daraus entfernt ist. Die Blutmasse, welche dem menschlichen Körper bis zum Verblutungstode entströmt, ist ja nicht immer gleich, sie entspricht in erster Linie dem Körpergewichte des Verstorbenen, wie ich an einigen Beispielen später ausführen werde und dann vor Allem ist sie abhängig von der Schnelligkeit des Ausströmens und der Beschaffenheit des Herzens. In Bezug auf die Quelle der Verblutung ist es wohl ziemlich gleich, ob es sich um angeschnittene oder zerrissene Arterien oder Venen handelt, ob

diese gross oder klein sind; je schneller das Blut aus der Summe der verletzten Gefässe ausströmt, desto schneller tritt die den Tod herbeiführende Herzlähmung ein. Wesentlich dürfte es auch sein, ob bei der Verblutung der Mensch steht oder liegt, ob derselbe durch vorangegangene Misshandlungen oder Angriffe z. B. Strangulation erregt und gleichzeitig erschöpft ist.

Im Allgemeinen wird bei mittelgrossen Menschen bei schnellem Ausfliessen des Blutes eine Menge von 15—1800 gr zur Herbeiführung des Verblutungstodes genügen. Eine ganze Reihe von Beobachtungen, die ich in dieser Richtung durch exakte Messungen angestellt habe, geben mir immer wieder die Bestätigung dieser Annahme. Bei der inneren Verblutung, namentlich wenn dieselbe nach Schussverletzung und Zerreissung mehrerer kleiner Gefässe, daher nicht so rapide, erfolgt, kann sich die Menge etwas steigern. Das höchste Blutquantum, das ich unter solchen Verhältnissen in der Brust- und Bauchhöhle eines 187 cm grossen, sehr kräftigen Offiziers fand, bei dem nachweislich gar keine äussere Blutung stattgefunden hatte, betrug 2000 gr. Der Schusskanal hatte die Leber, Lunge, linke Niere und Milz durchsetzt.

Eine Komplikation oder Modifikation tritt beim Verblutungstode ein, wenn durch die Art der Verletzung lebenswichtige Organe in ihrer Funktion gehemmt werden. Dies sieht man am Häufigsten bei Stich- oder Schussverletzungen des Herzens oder der grossen Gefässe, soweit sie noch im Herzbeutel sich befinden. Bekanntlich entleert sich, namentlich bei Ventrikelverletzungen, das Blut oft sehr langsam aus der Verletzung, die bei jeder Kontraktion und Relaxation die Form der Wunde ändert. Es entstehen auf diese Weise Blutgerinsel, die ganz allmählich den Herzbeutel anfüllen, sich schalenartig um das Herz legen und dies Organ durch Kompression allmählich an seiner Arbeit hindern, so dass der Tod durch Herzlähmung auf diesem Wege eintritt. Eine ganze Reihe von Präparaten habe ich im Laufe meiner forensischen Thätigkeit den Leichen Stichverletzter entnommen und bewahre sie in meiner Sammlung. Die übrigen Leichenerscheinungen entsprechen in solchen Fällen natürlich, wenn nicht grössere Blutmengen auf anderen Wegen dem Körper entströmt sind, mehr dem Erstickungstode. Die Anfüllung der Hirngefässe, der Lungen etc. ist oft sehr ausgesprochen.

Eine Schussverletzung hat vor einigen Monaten uns Obduzenten einen höchst eigenthümlichen Befund geliefert. Auf einer Jagd wurde ein kräftiger 45jähriger Mann durch ein beim Aufschlagen auf einen moosbedeckten Stein rikoschettirendes grobes Schrotkorn (Rehposte) im Halse verwundet. Er kam auf den Schützen etwa 30 Schritte zugegangen, sagte zu ihm „Du hast mich getroffen“, athmete schwer, warf etwas Blut aus, kniete, sich die Brust haltend, nieder und verstarb in fünf Minuten. An der auffallend blassen, sonst kräftig gebauten Leiche fand sich auf der linken Seite des Halses etwa 6 cm unterhalb des Unterkieferrandes eine 1 cm im Durchmesser haltende rundliche Wunde mit schwärzlichen Blutgerinseln gefüllt. Die Annahme lag nahe, dass sich aus der linken Carotis eine Blutung in die Brusthöhle ergossen hatte, da der Hals nicht besonders angeschwollen war. Die Perkussion der linken Brusthälfte ergab aber keinen gedämpften Schall, höchst eigenthümlich war das Hervortreten der Zungenspitze vor den Kieferrändern und etwas geronnenes Blut in der Mundhöhle. Bei der Oeffnung der Schädelhöhle fand sich eine starke Gefässanfüllung der Hirnhäute und des Gehirnes, was mit dem Verblutungstode unvereinbar war. Bei der Untersuchung des Halses fand sich, dass das Projektil von links nach rechts den Schildknorpel glatt durchschlagen und die rechte carotis communis in derselben Höhe an ihrer vorderen Peripherie eröffnet hatte. Es befand sich in einer grossen Gerinselmasse, die etwa 250 gr. betrug und sich im Mediastinum bis zur Herzbasis erstreckte. Aus der rechten eröffneten carotis war das Blut in den Kehlkopf geströmt und von hier in die Lungen, die, wie beim Ertrinkungstode ad maximum gefüllt, Blut in den grösseren und kleineren Bronchien sowie im Lungengewebe selbst erkennen liessen, wie dies Paltauf in seiner Arbeit über den Ertrinkungstod so treffend abgebildet hat.

Es komplizirte sich in diesem Falle also Verblutungs- und Erstickungstod und beide Todesarten hatten ihre charakteristischen Erscheinungen zurückgelassen.

Wegen angeblicher Verblutung wurde vor einigen Tagen eine Wöchnerin gerichtlich obduzirt, die bei der äusseren und inneren Untersuchung die ausgesprochenen Spuren des Verblutungstodes darbot. Das linke Bein war, besonders am Oberschenkel, an dessen Vorderfläche sich zwei über Markstückgrosse blaugraue Flecken fanden, stark angeschwollen. Einschnitte dieser Stellen ergaben eine seröse Durchtränkung der Gewebe, die sich auf die tiefere Hauptschicht beschränkte.

Der Uterus von fast Mannskopfgrösse enthielt auf dem fundus dicht unter dem serösen Ueberzuge drei erbsen- bis kirschengrosse weisse, knorpelharte Geschwülste, Fibrome. In der Uterushöhle eine Menge geronnenen Blutes und einen etwa halbhandtellergrossen Rest der Placenta, die gerade auf einem apfelsinengrossen Tumor, der sich dicht unter der Schleimhaut befand, aufsass. Der Tumor, ebenfalls Fibrom, war sehr erweicht, blassroth, im Uebrigen nicht verändert. Neben ihm sass ein klein apfelgrosser Tumor, der hart und weiss, vollständig blutleer erschien.

Die Blutung war hier häufig sich wiederholend und stets in mässiger Menge aufgetreten. Die Anschwellung des linken Beines war Folge einer Infusion von Kochsalzlösung ca. 250 gr. Die hier kurz angeführten Beispiele sollen zeigen, dass Komplikationen des Verblutungstodes eintreten können, welche den Obduktionsbefund oft wesentlich modifiziren und nur durch Berücksichtigung der Nebenumstände ihre Erklärung finden können.

Diese etwas aphoristisch gehaltene Mittheilung möchte ich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Der Verblutungstod setzt nicht eine völlige Blutleere sämmtlicher Organe durch Ausströmen der ganzen im Körper befindlichen Blutmasse voraus.

2. Es genügt je nach Körpergewicht und sonstiger Beschaffenheit das schnelle Ausströmen von 1500 bis 1800 gr. um den Verblutungstod, d. h. Herzlähmung herbeizuführen, was auch durch die experimentellen Untersuchungen von Ungar vollauf bestätigt wird.

3. Wenn beim Verblutungstode die Funktion lebenswichtiger Organe durch das ausströmende Blut beeinträchtigt resp. gehemmt wird, so kann eine Komplikation der Todesart (Konkurrenz der Todesart nach Skrzeczka) entstehen, welche das Sektionsbild sehr wesentlich modifizirt.

4. Neuentbundene verlieren vor dem Verblutungstode meist grössere Blutmengen, weil die Blutung meist langsamer resp. in Absätzen erfolgt, so dass sich die Blutmasse aus den Geweben theilweise wieder ersetzen kann.

Simulation im Bahnbetriebe mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten „traumatischen Neurose"*).

Von

Dr. **Rudolf Wagner**-Speldorf b. Mülheim a. d. Ruhr.

Die Wichtigkeit des Gegenstandes mag es rechtfertigen, wenn ich die Gelegenheit wahrnehme, um ein Thema zu berühren, das, wenn schon seit Inkrafttreten der Krankenkassengesetzgebung und des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 für die Allgemeinheit der Aerzte von grosser und immer steigender Bedeutung, so im Besonderen für uns Eisenbahnärzte ein ganz besonderes Interesse besitzt.

Es ist dies das Vorkommen der Simulation bei Bahnbeamten und Bahnarbeitern.

Die Ursachen dieser besonderen Wichtigkeit beruhen auf folgenden Momenten:

Zunächst ist schon an und für sich die Thätigkeit eines Bahnsubaltern- und Unterbeamten, der Bahnhilfsbeamten und vieler Arbeiterkategorien eine ausserordentlich anstrengende und volle Gesundheit erfordernde, sodass zumal bei vielen das besonders grosse Gefühl der Verantwortung zu der physischen Anstrengung hinzutritt, schon bei gesunden, aber nicht ganz willensstarken Personen der Wunsch, sich besonders unbequemen oder lästigen Verrichtungen durch Vortäuschung einer Krankheit gelegentlich zu entziehen, bisweilen menschlich zur Geltung gelangt, wenn dies glücklicherweise auch nicht gar zu oft vorzukommen pflegt.

Vollends aber bei solchen Individuen, welche an einem chronischen Leiden laboriren, namentlich jedoch denen, die vorübergehend relativ leicht erkrankt sind, sodass ein direktes Aussetzen des Dienstes oder der Arbeit vielleicht noch zu vermeiden wäre, macht sich das Bestreben geltend, besonders zu bestimmten Zeiten, wenn Epidemien von Darmkatarrh oder Erkrankungen der Athmungsorgane herrschen, auch bei nur leichtem Befallensein sich als dienstunfähig hinzustellen; dass andrerseits schon im Interesse der nicht zu frühen Pensionirung, aber auch aus übertriebenem Eifer chronisch kranke, die gelegentlich sich so elend fühlen, dass sie mit Recht als dienstunfähig zu betrachten sein würden, unter Schädigung ihrer Gesundheit den Dienst fortsetzen, bildet die beruhigende Kehrseite dieser Medaille.

Bevor ich auf die für uns besonders in Betracht kommenden simulirten Krankheitszustände im Einzelnen eingehe, ist es nothwendig, verwandte Zustände, welche leicht mit Simulation verwechselt werden, scharf von dieser abzutrennen und den Begriff der Simulation nicht zu eng zu fassen.

Simulation im eigentlichen Sinne heisst Vortäuschung einer Krankheit, welche nicht besteht, durch einen Gesunden. In diesem für den Militärarzt weit häufiger als für den Bahnarzt in Betracht kommenden Sinne der absoluten Simulation wird für uns glücklicherweise nur wenig in Betracht kommt.

Ganz anders liegt es mit der partiellen Simulation, besser Aggravation, dem Uebertreiben vorhandenen Krankheitserscheinungen und Vorschützen solcher bei wirklich vorhandenem pathologischen Körperzustand. Bei weitem der grösste Theil der Fälle von Simulation gehört in dieses Gebiet und es dürfte deshalb Beides nicht prinzipiell von einander zu trennen, sondern zusammen als Simulation im weiteren Sinne zu bezeichnen sein.

*) Vortrag, gehalten auf der General-Versammlung der Bahnärzte des Eisenbahnbezirks Essen in Ruhrort am 16. Juli 1899.

Auf ganz besondere Schwierigkeiten stösst der Nachweis der Simulation bei solchen Personen, deren Nervensystem durch das Bestehen einer allgemeinen funktionellen Störung alterirt ist. Der Hypochonder, der Neurastheniker neigt dazu, seine Beschwerden zu übertreiben, ohne sich dieser Uebertreibung als solcher bewusst zu sein. Erkrankt ein solcher an einem organischen Leiden, so wird es oft schwer sein, die wirklich begründeten von den nur eingebildeten oder in der Phantasie aufgebauschten Beschwerden zu unterscheiden. Bei den hysterischen tritt hierzu noch der im Wesen solcher Kranken bekanntlich vielfach vorhandene Hang zum Lügen und phantastischen Uebertreiben, der somit zur Wesenheit der Krankheit gehört und daher noch keine Berechtigung zur Annahme einer Simulation giebt.

Ein weiterer, ganz ausserordentlich wichtiges Moment, so wichtig, dass ich, je nachdem dasselbe für die Simulation in Betracht kommt oder nicht, es direkt für die Eintheilung der Simulanten in zwei Kategorien benutzen möchte, ist das persönliche Interesse, welches schon 1871 durch das damals schaffene Haftpflichtgesetz, weit mehr aber, seitdem 1884 das Reichsunfallversicherungsgesetz in Kraft getreten, sich bei der Masse der Versicherten geltend macht, um nach einem Unfall in den Besitz einer Rente zu gelangen.

Es ist keine Frage und menschlich begreiflich, dass in Folge der ungeheuren, Jedem im Volke erkennbaren Benefizien, die das Gesetz gewährt, auch die Sucht, aus jedem erlittenen Schaden möglichst viel herauszuschlagen, sei es selbst auf Kosten dauernder körperlicher Schädigung, bei vielen Versicherten in für den Arzt sehr lästiger Weise in die Erscheinung tritt, da dieser hier in erster Linie berufen ist, den Werth der Beschwerden zu prüfen.

Andererseits hat in wissenschaftlicher Beziehung das Gesetz für uns Aerzte bekanntlich viele werthvolle Früchte gebracht, — sind wir doch erst durch den Zwang, die ätiologische Bedeutung des Unfalles für das Entstehen der verschiedensten Leiden in den Kreis unserer Erwägungen zu ziehen, eine gerechte Beurtheilung der früher einfach abgelehnten Behauptungen verletzter Personen in dieser Beziehung vorzunehmen gezwungen worden.

Ich erinnere hier nur an die jetzt als gesichert geltende, früher von chirurgischer Seite direkt bestrittene Möglichkeit, dass Knochen- und Gelenktuberkulosen bei einem anscheinend Gesunden nach Verletzungen entstehen können, dass nach Traumen der Brustwandung Phthisis pulmonum aufzutreten vermag, dass es eine traumatische Pneumonie, traumatischen Diabetes giebt. Ja, von mancher Seite wird die Bedeutung einer Verletzung selbst für die Entstehung von Knochensarkomen am Orte der Verletzung, von Intestinaltumoren nach Bauch- und Unterleibstraumen, für welche Boas Beispiele bringt, direkt behauptet, wenn wir auch ein klares Bild, wie der Zusammenhang zu deuten, noch nicht konstruiren können und deshalb v. Büngner für seine Anregung einer diesbezüglichen Sammelforschung dankbar sein müssen.

Die Bedeutung von Unfällen für bereits chronisch Kranke, die nur eine plötzliche, bedeutende Verschlimmerung ihres Leidens erfahren, die Art der Beeinflussung dieses Leidens durch den Unfall ist seit Inkrafttreten des Gesetzes immer mehr kritisch beleuchtet.

Besonders aber sind es die durch Unfall bedingten Alterationen des Nervensystems und der Sinnesorgane, welche in hervorragendem Masse unser Aller Aufmerksamkeit beansprucht haben.

Das viel angefochtene Krankheitsbild der „traumatischen Neurose" Oppenheims ist erst möglich geworden, in den Kreis

wissenschaftlicher Diskussion zu ziehen, auf Grund der sorgfältigen klinischen Untersuchung vieler nervös erkrankter Unfallverletzter in den grossen Krankenhäusern unserer Metropolen. Freilich führt gerade dies Gebiet in nächste Berührung mit der Simulation, und es erscheint deshalb, wie es später begründet werden wird, nöthig, scharfe Kriterien für die Feststellung zu finden.

Es sei nunmehr gestattet, die Simulation, soweit dieselbe nicht mit Unfällen in Zusammenhang steht, aber beim Bahnpersonal besonders in Frage kommt, wenigstens kurz zu besprechen.

Von den in ihrem Nervensystem Alterirten und oft der Simulation Verdächtigen, mit denen der Bahnarzt am Meisten zu thun hat, möchte ich zunächst das grosse Heer der Rheumatiker erwähnen, das in sich verschiedene Kategorien begreift.

Unter den alten Rheumatikern der Bahn besteht meiner aus einem recht beträchtlichen bahnärztlichen Distrikt sich rekrutirenden Erfahrung nach ein Theil noch aus solchen älteren Leuten, die den Feldzug von 1870 mitgemacht haben und ihre Beschwerden von den damals durchgemachten Strapazen, zuweilen von ganz bestimmten Ereignissen her datiren. Bei Weitem aber die Meisten sind ältere Leute, die lange Jahre im Aussendienst starkem Wechsel der Temperatur, heftigem Zug, Durchnässungen und plötzlichen Schweissausbrüchen ausgesetzt gewesen sind und bei denen die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen jene Einflüsse allmählich nachgelassen hat.

Neben den in den Verhältnissen des Dienstes liegenden Ursachen des chronischen Rheumatismus gesellen sich als begünstigende Momente vielfach Alkoholismus und Arteriosclerose hinzu. Auch Fälle reiner Alkoholneuritis sind nicht selten.

Die beiden in hiesiger Gegend im Volksmunde vielfach zusammengewürfelten Begriffe: Gicht und Rheumatismus, die ja wissenschaftlich streng zu scheiden sind, geben dem Bahnarzt durch das stete Vorhandensein organischer Veränderungen irgend welcher Art bei den Arthritikern, das Fehlen derselben bei den Rheumatikern (abgesehen natürlich von an chronischem Gelenkrheumatismus Leidenden) die Möglichkeit, Simulation für die erste Kategorie vollständig auszuschliessen.

Dahingegen liegt es auf der Hand, dass neuralgische Symptome ebenso leicht wirklich bestehen können, wie ihr Vorhandensein vorgetäuscht werden kann, wenngleich man auch hier eine Reihe von Symptomen hat, welche einen Fingerzeig für die wahre Beurtheilung des Krankheitszustandes abzugeben vermögen.

In erster Linie spielen hier die persönliche Kenntniss des Charakters und der Lebensweise des betreffenden Individuums, sein Alter, der Nachweis eines momentan bestehenden Interesses, sich dem Dienste zu entziehen, eine grosse Rolle. Je mehr der Arzt im Laufe der Zeit seine Patienten persönlich kennen zu lernen und ihnen menschlich näher zu treten Gelegenheit hat, um so eher wird er in der Lage sein, wo jeder objektive Befund fehlt, ein richtiges Urtheil zu fällen.

Von grosser Wichtigkeit dürfte in solchen Fällen, wo der Verdacht für den Dienstvorsteher vorliegt, dass einer seiner Untergebenen sich durch Vorschützen von Krankheit einer speziellen dienstlichen Leistung entziehen will, eine gleichzeitige diesbezügliche Bemerkung sein, welche im verschlossenen Kouvert mit dem eventuell auszufüllenden Krankenschein an den Arzt gelangt, wenngleich der Letztere sich zu hüten hat, dessentwegen mit irgend welcher Voreingenommenheit die Untersuchung des zweifelhaften Kranken vorzunehmen, weil, wie die Erfahrung lehrt, ja auch gelegentlich ein mit Recht oder Unrecht bei seinen direkten Vorgesetzten missliebiger Beamter ungerechtfertigter Weise von diesem für einen Simulanten gehalten werden kann.

Welche Rolle bei der Feststellung eventueller Simulation eine häufige Krankenkontrolle zu spielen hat, liegt auf der Hand.

Von sonstigen für die Unterscheidung eines wahren von einem vorgetäuschten Rheumatismus oder Gelenkschmerz bestehenden Merkmalen, von denen aber kein einziges für sich allein Bedeutung hat, erwähne ich noch den Wechsel in der Lokalisation der Valleixschen Schmerzpunkte, den bisweilen doch möglichen Nachweis einer Muskel- oder Nervenverdickung bei echter rheumatischer Myositis oder Neuritis, die für gewisse Nerven- und Muskelaffektionen charakteristische Haltung des Befallenen.

Es sei mir erlaubt in dieser Beziehung auf einige erst neuerdings schärfer betonte Punkte hinzuweisen, so auf die sogenannte Scoliosis ischiadica bei länger bestehender wirklicher Ischias, eine reflektorisch durch Muskelkontraktion resp. Erschlaffung bewirkte seitliche Verkrümmung der Lumbalwirbelsäule, auf welche u. a. von Valpius die Aufmerksamkeit der Aerzte gelenkt worden ist.

Von Wichtigkeit für die Unterscheidung von Ischias und Lumbago, also auch für das wirkliche Bestehen einer dieser beiden Leiden, bei denen die Lokalisation des Schmerzes nicht immer scharf von einander abgegrenzt werden kann, ist auch ein neuerdings von Minor in Moskau hervorgehobenes Moment, das in dem verschiedenartigen Modus besteht, den der ischiadische und der Lumbagokranke einschlägt, wenn er sich aus der sitzenden Position von der Erde erheben soll, und das M. als Vorder- und Hinterposemodus bezeichnet. Ich habe dasselbe in einigen Fällen bestätigt gefunden.

Dass im Uebrigen Schmerzen und Hyperaestesieen, besonders bei hysterischen Individuen in ihrem Projektionsgebiet keineswegs immer der Ausbreitungszone einzelner Nerven genau entsprechen und man deshalb in der negativen Deutung etwaiger diesbezüglicher Befunde sehr vorsichtig sein muss, dürfte nur nebenbei zu erwähnen sein.

Bezüglich der Gelenkneuralgieen ohne jeden positiven Befund möchte ich nur anführen, dass dieselben abgesehen von Folgezuständen von Trauma, deren organische Residuen abgelaufen, doch sehr vorsichtig zu beurtheilen sind.

In nicht seltenen Fällen, in denen ein völlig negativer Befund vorliegt und in denen es auch gelingt das Bestehen einer hysterischen Affektion oder einer centralen Erkrankung auszuschliessen, sind diese hartnäckigen, Arbeitsunfähigkeit bedingenden Neuralgieen doch die ersten Zeichen beginnender Arthritis deformans, auch gelegentlich tuberkulöser Prozesse, ja auch die Vorläufer später auftretender Geschwülste, ganz abgesehen davon, dass Gelenkneuralgieen auch ohne Erguss besonders mulipel im Frühstadium der tardiven Lues beobachtet werden.

Es sind also der Umstände, welche in Betracht gezogen werden müssen, sehr viele und auch wo nach keiner Richtung irgend ein Anhaltspunkt für das wirkliche Bestehen der von dem Patienten angegebenen Schmerzen existirt, wird auch nur der Verdacht der Simulation nur mit grosser Vorsicht auszusprechen sein.

Es ist für die ärztliche Praxis besser zu vertragen, — und da die Medizin eben in Vielem doch keine streng exakte Wissenschaft, in der Feststellung mancher Diagnosen rein empirisch gegründet ist, auch entschuldbar — wenn einmal ein Simulant einige Tage sich dem Dienste entzieht, als dass, wie dies ja schon oft vorgekommen ist, auch bei der sorg-

fältigsten Krankenhausbeobachtung, ein wirklich Kranker, bei dem sich vielleicht später ein schweres Leiden entpuppt, ungerechtfertigt für einen Simulanten gehalten wird, weil vielleicht ein Schein äusserer Umstände oder seine Antecedentien eine Zeit lang gegen ihn zu zeugen schienen.

Der Nachweis einer *fälschlichen* Bezichtigung seitens des Arztes wird diesem in der Regel, wenn er durch den späteren Verlauf einer Erkrankung erbracht werden kann, sehr übel genommen.

Auch ist zu bedenken, dass ja in fast allen, auch der Fälle *wirklicher* Simulation es sich ja nicht um ganz gesunde, sondern um solche Individuen handelt, die vorhandene Beschwerden übertrieben, aggraviren.

Ein solcher ja leider gelegentlich hervortretender Missbrauch unserer sozial-politischen Gesetzgebung wird *nie* ganz verhindert werden können.

Wenn also wie erwähnt, bei dem ganzen Heer der chronisch-rheumatischen, der an häufigem Lumbago und Ischias Leidenden der Nachweis der Simulation auf ganz besondere Schwierigkeiten stösst, so existiren andere Kategorieen von Leiden, bei denen erhebliche Aggravation und Simulation eher entlarvt werden können.

Glücklicherweise sind *Simulationen innerer Leiden* in der Bahnpraxis relativ selten, während dieselben für den Militärarzt eine grössere Rolle spielen. Ich erwähne beispielsweise Selbstintoxikationen; *Heller* führt in seinem interessanten Werke über Simulation den Fall eines Rekruten an, der durch Digitalispillen sich tödtlich vergiftete. Ihnen allen bekannt dürfte es sein, dass neuerdings eine grosse Reihe von Fällen festgestellt worden sind, in denen eine künstlich herbeigeführte Pulsbeschleunigung Befreiung vom Militärdienst erwirkte. Ob es sich hier um Atropin handelte, ist mir nicht bekannt.

Klagen über Brustschwäche und Brustschmerzen kommen auch dem Bahnarzt oft vor. Der Habitus, die Anamnese und die hereditären Verhältnisse lassen hier oft auch bei mangelndem objektiven Befunde Simulation ausschliessen.

Unterleibsleiden, die in Gefängnissen nicht selten vorgetäuscht werden, dienen bei Bahnbeamten wohl nur selten zur Simulation; gelegentlich mögen Haemorrhoidalbeschwerden übertrieben werden, wenn auch der von *Schmetzer* referirte Fall, wo Leute gefärbte Fischbläschen, welche an einem elastischen Stabe, der im Ratum steckte, befestigt waren, dazu benutzten, um Haemorrhoidalknoten vorzutäuschen, wohl kaum häufig vorkommen mag. Simulation von *Harnträufeln* ist nach *Heller* leicht festzustellen, da das Oribicium nach Abwischen bei wirklicher Inkontinenz sofort wieder feucht wird. Von den *Erkrankungen des Zentralnervensystems* werden fast nur *Epilepsie* und *Geistesstörung* zur Simulation gewählt. *Epileptische Anfälle* können gelegentlich fast täuschend imitirt werden. Auch die Feststellung von Bissnarben der Zunge schliesst nicht immer Simulation aus. Sicherer ist das *Fehlen des Kornealreflexes* für echte Epilepsie annähernd. Auch pflegt der simulirte Anfall doch in der Form der Kontraktionen Differenzen zu zeigen; einen länger dauernden simulirten Opisthotonus hält niemand aus. Ein gutes Mittel ist es, einen Eimer kalten Wassers dem Simulanten über den Kopf zu giessen.

Auf die Simulation wirklicher Geistesstörungen will ich, da sie für uns nur sehr selten in Frage kommen, nicht weiter eingehen. Sie hat wesentlich ein forensisches Interesse.

Auch simulirte Sehstörungen werden in der bahnärztlichen Praxis, abgesehen von Unfällen, relativ selten eine Rolle spielen, weil naturgemäss für den Bahnangestellten fast stets mehr das Interesse vorliegt, ein besseres als ein schlechteres Sehvermögen, wie er wirklich besitzt, anzugeben.

Auch kann es, als Nichtspezialist, nicht meine Aufgabe sein, die hier in Betracht kommenden Verhältnisse zu erörtern, wo ein auf diesem Gebiete so erfahrener Mann, wie Nieden in Bochum, uns einen diesbezüglichen Wegweiser in seinem Buche: „Ueber die Simulation von Augenleiden und die Mittel ihrer Erkennung“ an die Hand gegeben hat.

Ich erwähne nur, dass es eine grosse Reihe von Methoden giebt, die zum Theil auch jeder Praktiker anwenden kann, um sowohl das Nichtbestehen eines simulirten Augenleidens zu entlarven, wie auch festzustellen, ob ein vorgefundener pathologischer Befund am Auge künstlich herbeigeführt ist oder nicht.

Uns allen bekannt ist die Methode der Untersuchung mittelst Prismas zur Entlarvung simulirter einseitiger Blindheit.

Ich übergehe ferner die simulirten Gehörstörungen. Simulation eines Gehörleidens kann für den Bahnarzt wohl am ehesten in Frage kommen, wenn es sich um Folge von Schädelverletzungen oder um allgemeine Körpererschütterung nach Eisenbahnzusammenstössen handelt. In letzterem Falle werden nicht selten bereits bestehende Gehörleiden als durch den Unfall erst hervorgerufen oder verschlimmert dargestellt. Wichmann theilt einen solchen Fall mit.

Die Methoden zur Entlarvung doppelseitiger oder einseitiger Taubheit finden sich ausführlich abgehandelt in dem Buche von *Heller*: Simulationen und ihre Behandlung, sowie in demjenigen von *Boisseau*: „Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître“. *Tauber*, *Müller* und *Burchardt* haben eine Reihe von zum Theil sehr sinnreichen Verfahren angegeben, um einseitige Taubheit und simulirte Schwerhörigkeit nach Möglichkeit festzustellen.

Im Allgemeinen, kommt die Anwendung dieser Methoden in erster Linie für den Militärarzt in Frage, der ja am meisten mit Simulanten zu thun hat.

Gelegentlish könnte einmal die künstliche Hervorrufung von Ohrenfluss durch Einführung reizender Fremdkörper in den äusseren Gehörgang in Erwägung kommen.

Beobachtet worden ist das eigenhändige Hineinstecken von Erbsen in das äussere Ohr auch bei *nicht* Hysterischen zum Zwecke der Provocation von Gehörstörungen.

Im Wesentlichen dürfte hiermit in kurzen Zügen die *Simulation, soweit sie sich auf Krankheitszustände, bei denen das Moment des Unfalls und der eventuelle Erwerb einer Unfall-Rente nicht in Frage kommt, wo es sich vielmehr um eine kürzere oder längere Dienstentziehung, vielleicht auch in Herbeiführung einer Alters- oder Invalidenrente handelt, besprochen sein.*

Das für uns interessanteste und wichtigste Gebiet der Simulation ist jedoch bei Weitem das der *simulirten Unfallsfolgezustände.*

Ich möchte hier unterscheiden zwischen *Simulation der Beschwerden von organischen Unfallsfolgen* und solchen *funktioneller Störungen.*

Bereits einleitend gedachte ich derjenigen organischen Erkrankungen, von welchen jetzt feststeht, dass sie thatsächlich durch Unfälle hervergerufen werden können. Hier handelt es sich indessen, nicht um Simulation seitens des vom Unfall Betroffenen, sondern um Feststellung ärztlicherseits, ob die zweifellos vorhandene Krankheit wirklich mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, ob eine plötzliche Verschlimmerung eines schon vorher bestehenden organischen Leidens durch den Unfall bedingt ist, oder ob der betreffende Krankheitszustand unabhängig vom Unfall entstanden sein kann oder ist. Hier hat erst, wie schon erwähnt, der Zwang für dem Arzt, sich mit dieser vorher ver-

nachlässigten Frage zu beschäftigen, gerechte Beurtheilungen möglich gemacht, und der Standpunkt hinsichtlich der Bedeutung des Entstehens eines organischen Herzleidens, einer Phthisis, einer Pneumonie, einer Tabes, eines Gehirntumors einer Bauch- oder Knochengeschwulst, einer echten Epilepsie, einer Diabetes mellitus nach Unfall hat sich durch vielseitige sorgfältige Beobachtung von Einzelfällen und statistische Zusammenstellung wesentlich verschoben, so dass, wo früher ein solcher Zusammenhang ganz geleugnet wurde, er jetzt vielfach als wahrscheinlich angenommen wird, wenn auch ein sicherer äthiologischer Beweis nur zum kleinen Theil zu führen ist.

Simulation fängt in Bezug auf organische Unfallsfolgezustände da an, wo der nachweisbare objektive Befund in keinem glaubhaften Verhältniss zu den vorhandenen Beschwerden steht.

Auch hier ist der Nachweis der Simulation oft äusserst schwierig und mindestens ebenso häufig ist Simulation angenommen worden, wo ein objektiver Befund erst mit Hilfe besonderer Verfahren festgestellt werden konnte.

Die Röntgographie hat in nicht wenig Fällen dieser Art die Annahme der Simulation negiren helfen, in anderen sie wieder unterstützt und ist jedenfalls eines der wichtigsten Mittel, um bei Knochen- und Gelenkverletzungen, bei Fremdkörpern (Kugeln, Glassplittern und Schrotkörnern) im Knochen die Wahrheit angegeben Beschwerden bei mangelndem palpabeln Befund eventuell zu erhärten.

Schwieriger liegen die Fälle, wo nach normal geheilten und komplizirten Knochenbrüchen bei mässigem Callus sich die Zeit bis zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit ungewöhnlich lange hinzieht. Die Patienten klagen über und Spannung an der Bruchstelle, Schwere in den Extremitäten, Beängstigungszustände, wenn der Gebrauch forzirt wird.

Reine Simulation dürfte hier seltener vorliegen als mangelhafte Energie, zumal bei Disposition zu Neurasthenie und Hysterie, durch aktive und passive Gymnastik, Massage, Bäder, Elektrizität, mediko-mechanische Behandlung muss sich hier stets fast völlige Heilung erreichen lassen, wenn nicht wirklich irreparable organische Störungen bestehen oder die böse Absicht zum Nichtsthun ganz evident vorliegt.

Wenn es sich um Entschädigungsansprüche an private Versicherungsgesellschaften handelt, so kann man auch bei sehr wohlhabenden Leuten in dieser Beziehung recht unangenehme Erfahrungen machen. Ohne sicheren Beweis kommt man doch auch hier oft zu der Ueberzeugung, dass aus materiellen Gründen eine verminderte Erwerbsfähigkeit möglichst lange ausgedehnt zu werden versucht wird.

Irrthümlicherweise ist Simulation schon angenommen worden, wo es sich um Extremitätenlähmung (peroneus, radialis, ulnaris) handelt in Folge der Einklemmung eines Nerven in eine Knochenspalte und Verlust der Leitung. Die stets bald auftretende Atrophie der Muskulatur, die auf feinen Nerven isolirte Paralyse leiten hier, selbst wenn die Stelle der Einklemmung oder narbigen Verwachsung zunächst nicht sicher stehen sollte, stets auf die richtige Diagnose, und die operative Befreiung des Nerven aus seiner Zwangslage hat oft auch bei längerem Bestande der Atrophie noch völlige Restitutio in integrum zur Folge gehabt.

Oft bleiben nach Gelenkkontusionen ohne Knochenbrüche mit geringem Bluterguss ins Gelenk sehr lange dauernde Beschwerden zurück, während keine oder nur ganz geringe Veränderungen des Gelenkes nachweisbar sind. Krachende Geräusche im Gelenk bestehen, wie man sich leicht überzeugen kann, in sehr verschiedener Intensität auch bei vielen Gesunden, namentlich älteren Leuten, während sie bei anderen nahezu fehlen. Da man in solchen Fällen, wo sie bei einem Unfallkranken auftreten, nicht weiss, ob und in welchem Grade sie vorher bestanden haben, so bleibt, wenn das Krachen nicht abnorm stark und dann sicher pathologisch ist, nur der Vergleich mit dem entsprechenden Gelenk der anderen Extremität übrig, um einen Massstab zu ermöglichen. Bei nur geringer Differenz der Geräusche, während hochgradige Beschwerden einseitig geklagt werden, ist eine sichere Beurtheilung sehr erschwert. Heller fand unter 200 Schultergelenken Gesunder 19 mal Geräusche, unter 200 Kniegelenken Gesunder 41 mal.

Leichte Veränderungen der Gelenkkonfiguration können bestehen, ohne dass irgend welche Beschwerden vorhanden sind, namentlich dann, wenn sie ausserhalb der Gleitflächen und extraartikulär sich befinden. Wenn dieselben leichten Veränderungen bei Andern, ohne dass aus den anatomischen Verhältnissen, event. dem Druck auf einen Nerven ein Grund abzusehen ist, Gegenstand ewiger Klagen bilden, so mag oft Simulation im Spiele sein. Zu beweisen ist sie nur indirekt, wenn es gelingt, den Nachweis zu erbringen, dass das in Gegenwart des Untersuchers geschonte Glied ohne Mühe bequem gebraucht wird, wenn der Klagende unbeobachtet ist.

Ein ebenso unbehagliches Kapitel ist das schmerzhafter Narben nach Quetschungen mit grösseren Weichtheilwunden, sowie nach mehr oder weniger kunstgemäss ausgeführten Amputationen. Frei bewegliche glatte Narben können keine erheblichen Beschwerden bedingen; wer solche klagt, ist fast stets Simulant. Anders liegt es, wenn die Narbe adhaerent ist. Nicht in jedem Falle müssen hier Schmerzen bestehen, wenn dies auch oft bei gewissen Bewegungen und bei Witterungseinflüssen sowie Traumen der Fall ist.

Oft, aber nicht immer, liegen Amputationsneurome vor. Besonders wird nicht selten über Schmerzen an den von partiellen Fingeramputationen zurückbleibenden Narben geklagt, die ja mitunter Reflexepilepsie hervorrufen können.

Seeligmüller erwähnte auf dem X. internationalen medizinischen Kongress einen Lokomotivführer, der in der Amputationsnarbe des entfernten linken Goldfingers die heftigsten Schmerzen haben wollte, die selbst nach Entfernung kleiner Amputationsneurome nicht wichen. Die bei jeder Berührung hochgradig empfindliche Narbe war jedoch gar nicht empfindlich, wenn sie durch faradische Reizung des Streckers oder Beugers, deren Sehnen mit ihr fest verwachsen waren, ad maximum gezerrt wurde.

Hier lag also zweifelsohne Simulation vor.

Auch das Auftreten von Leistenbrüchen während der Arbeit in Folge einmaliger hochgradiger Anstrengung giebt gelegentlich Veranlassung, absolute Arbeitsunfähigkeit zu simuliren oder die vielleicht vorhandenen Beschwerden behufs Erlangung einer höheren Rente aufzubauschen. Sind die Ränder des äusseren Leistenringes, welcher erweitert ist, nachgiebig, ist der plötzlich aufgetretene Bruch leicht reponirbar, so ist es schon sehr auffallend, wenn über dauernd hochgradige Beschwerden, Schmerzen in der Unterbauchgegend geklagt wird, falls nicht die Narkose und der weitere Verlauf das Bestehen einer inneren Hernie oder sonstige abnorme Verhältnisse ergiebt. In einem von mir beobachteten Falle traten angeblich im Anschluss an einen durch plötzliche einmalige Anstrengung bedingten Leistenbruch hochgradige Beschwerden auf. Pat. klagte über häufige Schmerzen im Unterleibe, die ihm jede Arbeit unmöglich machten. Der Befund ergab, abgesehen von einem weiten Leistenring und leicht reponirbarem Bruche keinerlei abnorme Verhältnisse. In der Narkose liess sich im Abdomen nichts Anormales feststellen. Da die Möglichkeit

einer akuten Enteroptose vorlag, so verordnete ich dem Betreffenden ausser dem Bruchbande eine Peleottenleibbinde, welche angeblich auch die Beschwerden bedeutend hob. Dennoch wollte er nicht im Stande sein, auch nur eine ihm verordnete leichte Arbeit zu vollbringen, welche darin bestand, dass er sitzend Dochte durch die Oeffnungen einer Lampiontasche zog. Er klagte über leichten unwillkürlichen Harnabgang, der ihn ständig belästige und wahnsinnige Schmerzen im Unterleibe, die ihn arbeitsunfähig machten. Im vorliegenden Falle bestand sicher grosse Uebertreibung. Innere Einklemmungen waren auszuschliessen, da keinerlei akute Erscheinungen hierfür sprachen. Der Betreffende ist von mir sehr häufig ohne jede Anstrengung bei recht gutem Aussehen auf der Strasse spazieren gehend gesehen worden.

Was die abnorm lange Heilungsdauer von Knochenbrüchen betrifft, so möchte ich betonen, dass hier ein schroffer Unterschied zwischen Simulation und Energielosigkeit zu machen ist. Wer nach geheiltem Tibiabruch, ohne dass irgend eine Abnormität vorliegt, zum ersten Male sein Bein normal gebrauchen soll, hat sicher beträchtliche Beschwerden, die der Energische oder meinetwegen gelegentlich auch Böotische eher als der Nervöse oder Schlaffe überwindet. Eine dauernde Simulation lässt sich in solchem Falle, falls nicht Kriterien traumatischer Neurasthenie oder sonstige abnorme lokale Verhältnisse vorliegen, auf die Dauer leicht feststellen. Auch hysterische traumatische Funktionsstörung wird sich unschwer aus dem Zusammenhange eruiren lassen.

Eine interessante Illustration, wohin die allzuleichte Gewährung von Renten bei geringfügigen Störungen führen kann, gewähren einige von Blasius in Berlin aus seiner umfangreichen Gutachterthätigkeit mitgetheilten Fälle, von denen 2 hier erwähnt seien.

Der Arbeiter G. Oe. hatte sich am 7. Januar 1889 den rechten Arm im Ellbogen gebrochen. Seit dem 1. Juli 1891 bezog er eine Rente von 40 Prozent, weil er noch Bewegungsbeschränkungen im Ellbogengelenk hatte. Die Rente wurde später auf 20 Prozent herabgesetzt wegen Besserung der Bewegungsfähigkeit. Die Berufsgenossenschaft erfuhr nun, dass Oe. als Preisringer mit dem berühmten A. gerungen und denselben öffentlich besiegt hatte und setzte die Rente herab. Oe. klagte trotzdem. B. fand einen hünenhaften Mann mit 50 cm Oberarmumfang, im Ellbogen Biegung und Drehung vollkommen normal, nur die Streckung um etwa 10° behindert.

In einem anderen, einen Holzarbeiter betreffenden Falle, war wegen Zerreissung einer Ader innerhalb oder ausserhalb der Brust eine Rente von 50 Prozent bewilligt worden. Es wurde bekannt, dass der Mann mit seiner Frau und einem dritten Künstler Reisen mache und als Luftgymnastiker donnernden Applaus ernte. B. fand nur leichte Narben auf der Brust, sonst den Mann ausgezeichnet gebaut und gesund.

Interessanter als die Simulation bei psychotisch und neurotisch inkomplizirten Unfällen gestaltet sich das Symptomenbild, wenn die Uebertreibung oder Simulation rein lokaler Störungen sich mit dem Bilde der Oppenheimschen traumatischen Neurose mehr oder minder verbindet.

Simulation und traumatische Neurose.

Indem ich auf das diesbezügliche, von Oppenheim entworfene Bild recurrire, ist es meine Aufgabe, in kurzen Worten im Einzelnen festzustellen, inwieweit die verschiedenen von Oppenheim festgestellten objektiven Symptome seiner Krankheit, inwieweit eventuell das gesammte von ihm beschriebene Krankheitsbild simulirbar ist.

Da Oppenheim selbst in seinen Broschüren das psychische Moment überaus betont und sogar soweit geht, z. B. Seeligmüller mangelhafte Kenntniss der Psyche vorzuwerfen, und im Gegensatz zu Schulze in Bonn eine richtige Beurtheilung des psychischen Zustandes nach Unfällen nur dem psychiatrisch-spezialistisch geschulten Arzte zutraut, so möchte auch ich die Besprechung des psychotischen Zustandes hinsichtlich seiner Simulierbarkeit dem übrigen voranschicken.

Oppenheim betont in seiner Abhandlung zunächst, dass es ein wirkliches traumatisches Irresein giebt. Dasselbe stellt eine wahre Psychose dar und hat, wenn keinerlei nervöse Komplicationen vorkommen, mit seiner eigenen „traumatischen Neurose“ nichts zu thun. Bei dieser bilden meist, aber auch nicht immer Stimmungsanomalien den Kern der Seelenstörung, die meist in das Gebiet der Hysterie fallen, zuweilen in das der Neurasthenie oder Hypochondrie, gelegentlich auch einer Kombination dieser Neurosen entstammen. Depression, Angst und Beklemmung, abnorme Erregbarkeit bei plötzlichem Schreck führt O. hier an. Er bezeichnet diese Symptome als „objektiv“ in wissenschaftlichem Sinne; wohingegen ihm von Mendel, Seeligmüller, zuletzt auch von Strümpell und anderen bedeutenden Neurologen vorgehalten wird, dass es sich hier nur um subjektive Angaben der Betreffenden, keine objektiven Thatsachen handle, weil eben das Bild einer ausgesprochenen Geisteskrankheit fehle. Zweifellos liegt hierin etwas Berechtigtes. Ebenso berechtigt dürfte aber der Oppenheimsche Einwand hiergegen sein, dass der psychiatrisch geschulte Arzt und Kenner der Hysterie hier doch zumeist Wahres vom Falschen zu unterscheiden in der Lage sei, wenn auch nicht jeder Arzt in gleicher Weise gerade für derartige Untersuchungen vorgebildet wäre. Er nimmt hier einen konträren Standpunkt ein zu Schulze in Bonn, welcher die Voreingenommenheit gerade auf Seiten des ständig mit geistig abnormen Individuen beschäftigten Arztes findet, und die Ansicht offen ausspricht, dass man durch das ewige geistige Examen und übertriebene Diftelei in den Untersuchungsmethoden die Hysterie unseres Zeitalters nicht noch künstlich bei Männern züchten solle. Oppenheim sieht hingegen diese „Verfügung“ Schulzes über die Hysterie ins Lächerliche.

Zweifellos erscheint mir, dass die Wahrheit hier in der Mitte liegt. Berufener als ein beliebiger Arzt ist sicher ein Neurologe, wenn er als Spezialist sich eine objektive Denkart bewahrt hat. Ihm gleich steht aber der mit den in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden vertraute erfahrene Praktiker, wenn er das betreffende Individuum längere Zeit bereits kennt und über seine Verhältnisse orientirt ist.

Die von Oppenheim geschilderten Angstanfälle können recht wohl ohne simulirt zu sein auch Folge der Erregung und Furcht vor der ärztlichen Untersuchung bei wirklich Kranken oder auch solchen mit schlechtem Gewissen sein.

Auch die abnorme Erregbarkeit, wenn der Kranke von den Accidentien seines Unfalls spricht, ist nicht eindeutig; dieselbe dürfte naturgemäss auch dann bei nervösen Menschen hervortreten, wenn sie dem Arzt etwas vormachen wollen und im Zweifel sind, ob sie es können.

Auch diese vermag, was Oppenheim für die traumatische Neurose angiebt, „die Unterredung mit dem Arzte ausser Fassung zu bringen, auch bei ihnen einen Zustand ängstlicher Verlegenheit und Verwirrtheit hervorzurufen und diejenigen somatischen Beschwerden, welche unter dem Einfluss der Psyche stehen, wie das Zittern, die Pulsbeschleunigung, die vasomotorischen Phaenomene bedeutend zu steigern.“

Demnach ist zweifellos dieser seelische Zustand oft that-

sächlich dauernd vorhanden und er kann schliesslich sogar zum Suicidium führen.

Auch dürfte Simulation auszuschliessen sein, wenn es sich um epileptisches Irresein und hallucinatorisches Delirium hysterischen Charakters nach Trauma handelt.

Oppenheim giebt ferner an, dass in seinem Krankheitsbild psychische Anomalien bisweilen völlig fehlen können.

In Bezug auf alle diese psychischen Zustände, möchte ich mich der Ansicht von Riegler und Albin Hofmann in Leipzig anschliessen, dass die Existenz des Unfallversicherungsgesetzes an sich, so wohlthätig es für die Allgemeinheit der Arbeiter wirkt, thatsächlich eine Prädisposition für nervöse Komplikationen nach Unfällen, zumal Eisenbahnunfällen zu schaffen scheint. Riegler, der über ein ausgedehntes Beobachtungsmaterial verfügte, stellt fest, dass seit Einführung des Unfallversicherungsgesetzes der Prozentsatz der nach Eisenbahnunfällen in ihrer Erwerbsfähigkeit Behinderten ganz unverhältnissmässig zunahm, und viedizirt der Simulation einen grossen Antheil an dieser Zunahme. Mir scheint der Hofmannsche Standpunkt richtiger, dass die Leute früher von Anfang an nach dem Unfall wussten woran sie waren, während sie jetzt in einem, ihr schon erschüttertes Nervensystem noch ungünstiger beeinflussenden Zustand des „Hangens und Bangens" in schwebender Pein versetzt werden, bei dem eben so wohl die natürliche Begehrlichkeit des kleinen Mannes, der doch keine Reichthümer erwerben kann, und nun aus der Sache möglichst viel für sich herausschlagen will, wie die Unsicherheit, was und ob er etwas bekommt bei wirklichem Krankheitsgefühl eine Rolle zu spielen.

Für die zweifellos oft vorhandene Objektivität des psychischen Zustandes spricht ja auch, dass, wo gar keine Entschädigungsansprüche erhoben werden, oder wenn diese längst zur Zufriedenheit erledigt sind, der Zustand sehr oft völlig konstant bleiben kann.

Ein weiterer wesentlicher Moment für die Beurtheilung des psychischen Zustandes ist die Frage, in wie weit dieser bereits früher abnorm war. Oft bezeichnen sich die Leute, z. Th. auch aus der irrigen Furcht sich sonst zu schaden, als völlig gesund, während dies nicht der Fall war. Albin Hofmann fand unter 17 Kranken 10 offenbar schwer prädisponirte (7 Mal Alkoholismus, 2 Mal geistig schwache Kinder, 9 Mal Syphilis). Schulze betont die Häufigkeit des Meinéreschen Symptomenkomplexes nach Trauma. Auch das frühzeitige Auftreten von Arteriosclerose bei der Arbeiterbevölkerung kann an sich Erscheinungen von Schwindel und Kopfdruck hervorrufen, was Seeligmüller hervorhebt.

Um der Oppenheim'schen Eintheilung der bei traumatischer Neurose vorhandenen Erscheinungen zu folgen, sei hier erwähnt, dass O. den Schwindel für ein fast konstantes Symptom der an Kopfverletzungen sich anschliessenden Neurosen betrachtet. Der Schwindel kann indess imitirt werden. Blasius theilt einen derartigen Fall mit. Zu Boden stürzende Simulanten machen beim Fallen meist die Gewalt des Sturzes beeinträchtigende unwillkürliche Bewegungen.

Immerhin wird meistens eine Simulation hier unschwer zu erkennen sein.

Epileptische Anfälle, die Oppenheim selten beobachtete, werden, wenn sie simulirt werden, durch die übertriebenen Exkursionen der Extremitäten und die Gegenwart des Pupillar- und Cornealreflexes meist erkannt. Meyer berichtet aus der Göttinger psychiatrischen Klinik indessen über einen wahren Schulfall, der schliesslich selbst die Simulation zugestand. Den ungeheuren Kraftaufwand, den die epileptischen Muskelcontraktionen bedingen, vermag, wie bereits erwähnt, mit Bewusstsein Niemand längere Zeit zu ertragen.

Der von O. einige Male auf der betroffenen Seite gefundene Actio convulsif vermag unter Umständen auch simulirt zu werden.

Das gleiche gilt von sonstigen komplizirten Krampfbewegungen, deren Reellität auf alle Fälle erst nachzuweisen ist. Ein Beweis hierfür ist dann geliefert, wenn die Zuckungen auch im Schlafe bestehen bleiben.

Eulenburg lehnte in einem interessanten Falle, der von anderer Seite für einen Simulanten erklärt worden war, — es handelt sich um ganz eigenthümliche rhythmische Zuckungen des linken Arms, wobei der Oberarm dem Rumpfe genähert, der Vorderarm rechtwinklig gebeugt vorwärts geschnellt wurde, — den Zusammenhang der Affektion, die er als Schreckneurose betrachtete, mit einem sieben Jahre zurückliegenden Unfalle ab. Sitz und Ausbreitung des Krampfes blieben im vorliegenden Falle auch bei veränderter Armlage, abgelenkter Aufmerksamkeit durch Eigenthätigkeit des Patienten, starker Faradisation u. s. w. unverändert bestehen.

Was den Schlaf anbetrifft, der nach Oppenheim zumeist beeinträchtigt ist, so konnten andere, z. B. Wichmann in einigen Fällen der klinischen Beobachtung, wo Schlaflosigkeit geklagt ward, durch zuverlässige Wärter die Unwahrheit dieser Beschwerden, während im Uebrigen neurotische Komplikationen bestanden, nachweisen.

(Schluss folgt.)

Referate.

Allgemeines.

Die polizeiärztliche Untersuchung der Prostituirten gemäss Ministerialverfügung vom 13. Juni 1898 über die Ueberwachung der Prostitution.

Von Dr. Hofacker.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen III. Folge, Bd. XIX, Heft 1.)

Verfasser kommt auf Grund seiner als Untersuchungsarzt in Düsseldorf gewonnenen Erfahrungen zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Nur wenige Prostituirte entgehen einer Erkrankung.
2. Auf Tripper entfällt die grösste Zahl der venerischen Erkrankungen bei Prostituirten.
3. Das grösste Kontingent zu denselben stellen die geheimen und die jungen Prostituirten. Die Untersuchungsergebnisse in Hamburg, Stuttgart und Düsseldorf stimmen ziemlich genau darin überein, dass ein Drittel der aufgegriffenen Weiber an Gonorrhoe leidet.
4. Die Disposition, gonorrhoisch infizirt zu werden, ist bei manchen Prostituirten gross, bei anderen sehr gering.
5. Der Lieblingssitz des Gonokokkus ist die Harnröhre.
6. Durch Einführung einer zweimal wöchentlichen Untersuchung und Anwendung des Mikroskops zum Gonokokkennachweis werden bedeutend mehr Tripperfälle erkannt als früher.
7. Der Tripper der Prostituirten ist heilbar, und zwar in kurzer Zeit, wenn unter Heilung Beseitigung der Ansteckungsfähigkeit verstanden wird. Die Heilung dauert länger bei den Aufgegriffenen als bei den Eingeschriebenen.

Auf Grund seiner Erfahrungen erachtet es Hofacker ferner für nothwendig, dass die Diagnose Gonorrhoe nur auf Grund des Gonokokkennachweises gestellt wird, dass bei allen Prostituirten in bestimmten Zwischenräumen die Genitalsekrete mikroskopisch untersucht werden, und dass dies unbedingt und sofort erforderlich ist bei aufgegriffenen, der Unzucht

verdächtigen Frauenzimmern und denen, die unter Kontrole gestellt werden. Roth (Potsdam).

Fall von Syphilis insontium.

Ein Beitrag zu der Infektionsgefahr in den Barbierstuben.
Von Kreisphysikus Dr. Schmolck-Rastenburg, O.-Pr.
(Deutsche medizinische Wochenschrift No. 46, 1899.)

Im Anschluss an eine eigene Beobachtung, der eine einwandsfrei erwiesene syphilitische Infektion durch das Rasirmesser zu Grunde liegt, bespricht Verf. die in der Barbierstube herrschenden hygienischen Mängel, zu deren Beseitigung er den Erlass einer folgende Bestimmungen enthaltenden Polizeiverordnung verlangt: 1) Das Rasirmesser und der Pinsel müssen vor dem Gebrauch in kochendes Wasser gehalten werden (die Zeitdauer mögen die Bakteriologen bestimmen). 2) Jeder zu Rasirende soll ein frisch gewaschenes Leinentuch erhalten, welches zugleich zum Vorlegen und zum Abtrocknen benutzt wird. In den billigen Barbierstuben kann dasselbe durch eine Papier-Serviette ersetzt werden. 3) Alle übrigen, bisher üblichen Manipulationen, wie das Pudern und das Einfetten des Schnurrbartes, sind verboten. -y.

Psychiatrie und Neurologie.

Dispositionsfähigkeit bei Aphasie.

Von Dr. G. Burgt, kgl. Landger.-A. in Nürnberg.
(Friedr. Bl. 1899 H. 5.)

Bei einer alten Frau besteht nach einem Schlaganfall die Unfähigkeit zur mündlichen Wortbildung in hohem Masse. Es stehen ihr nur einige wenige Worte zu Gebote, die sie fortwährend anwendet. Ihre Mienen zeigen oft, dass sie das Wortbild nicht finden kann, oft, dass sie es im Geiste hat, aber falsch wiedergiebt. Dabei beantwortet sie schriftlich Fragen, die ihr mündlich gestellt werden und zeigt dabei volles Verständniss für alle ihre Lebensverhältnisse. Ebenso schreibt sie aus Büchern und auf Diktat im Allgemeinen richtig ab. Im Hauswesen zeigt sie sich allen ihren Aufgaben gewachsen, es fehlt ihr nicht an geistiger Regsamkeit.

Der Entmündigungsantrag ist demnach abzuweisen.

F. L.

Beitrag zur Lehre von den Veränderungen des Nervensystems bei Erschütterungen.

Von Dr. A. Kazowsky, Dir. d. Gouv.-Irrenanst. zu Bessarabien.
(Neurol. Centr. 1899 No. 17.)

Es wurden zwei Reihen von Versuchen an Kaninchen angestellt.

Erste Reihe: Durch kräftige, rasch aufeinanderfolgende Schläge mit einem Hämmerchen gegen die Stirnbeine wurden klonische Krämpfe der Gliedmassen und Ungleichheit der Sehlöcher, innerhalb einer halben Stunde der Tod herbeigeführt. Es fanden sich kleinste Blutergüsse und Markscheiden-Entartung, diese ohne sichtliche Abhängigkeit von jenen, ausschliesslich im verlängerten Mark und obersten Rückenmark. Zweite Reihe: Weniger schnelle und schwächere Schläge wurden jedem Thiere an fünf aufeinanderfolgenden Tagen verabfolgt. Jedesmal fielen die Thiere um und hatten schwache Krämpfe; sie erholten sich bald wieder, magerten aber ab und wurden stumpf. Nach der bezeichneten Frist wurden sie getötet. Wiederum war nur das verlängerte Mark und das oberste Halsmark verändert. Blutergüsse fehlten, die Entartungsvorgänge waren viel ausgeprägter als bei der ersten Gruppe.

Absterben von Axencylindern, das Schmaus in erster Linie betont, wurde nicht gefunden. Verf. ist der Ansicht, dass durch die Erschütterung eine degenerative Nervenentzündung (Bickeles) erzeugt wird. Der Ort der Veränderung braucht keineswegs die Stelle des Angriffs zu sein, er ist vielmehr von mechanischen Bedingungen abhängig, die noch genauer erforscht werden müssen. F. L.

Ueber traumatische Entstehung der Paralysis agitans.

Von Dr. C. Linow-Dresden.
(Berl. klin. Wochenschr. 1899 No. 44.

Ein bis dahin gesunder älterer Arbeiter erlitt bei Gelegenheit eines Sturzes aus unbedeutender Höhe eine Verrenkung des linken Oberarms. Es folgte eine vorübergehende Lähmung der vom Armnervengeflecht versorgten Muskeln. Die Bewegungsfähigkeit des Armes wurde bis auf ziemlich geringe Mängel wiederhergestellt. Einige Monate nach dem Unfall wurde ein geringes Zittern im linken Arm, das nicht sehr bedenklich schien, bemerkt. Unter den Augen der ärztlichen Beobachter nahm in den folgenden zwei Jahren das Zittern zu, ergriff den rechten Arm und hat sich jetzt mit Muskelspannungen, allgemeiner Schwerfälligkeit und geistiger Verstumpfung vergesellschaftet, d. h. zu dem bekannten Krankheitsbilde der Schüttellähmung ausgebildet.

Der Fall gehört entschieden zu den mit hoher Wahrscheinlichkeit als „traumatische Schüttellähmung“ zu deutenden. Andere Krankheitsursachen fehlen, der Schreck und die Aufregung bei der Verletzung sollen gering gewesen sein. Eine Gehirnerschütterung hat nicht stattgefunden, dagegen bemerkenswerther Weise eine starke Nervenquetschung. F. L.

Chirurgie.

Ueber Pneumothorax durch einfache Lungenzerreissung.

Aus der inneren Abtheilung des städt. Krankenhauses am Urban.
Von A. Fraenkel-Berlin.
(Deutsche Aerzte-Zeitung, Heft 13, 1899.)

Im Gegensatz zu dem bei ausgesprochener Lungenerkrankung oder Rippenfrakturen vorkommendem Pneumothorax giebt es auch Fälle von „einfachem“ Pneumothorax, bei welchen die Ursache des Krankheitsbildes nicht auf den ersten Blick erkenntlich ist. Nur bei einem Theile dieser Kranken kommt die Wirkung einer körperlichen Ueberanstrengung, welche mit plötzlicher Drucksteigerung der Luft in den Athmungswegen verbunden ist, als Ursache der Lungenzerreissung in Frage. Bei anderen fehlt dieses Moment gänzlich, bei einer dritten Gruppe handelt es sich um Patienten, welche zwar niemals mit einem ernsteren Lungenleiden behaftet waren, doch früher einmal irgend welche Symptome von Affektion des Respirationsapparates dargeboten haben. Galliard fasst die Pneumothorax-Kranken aller drei Kategorien unter der Bezeichnung der latenten Emphysematiker zusammen und ist der Meinung, dass bei ihnen allen ein umschriebenes, eventuell nur auf einige Lungenbläschen beschränktes Emphysem die Entstehung des Pneumothorax vermittele. Dabei braucht es sich nicht immer um wirkliches echtes Lungenemphysem zu handeln; es genügt ein umschriebenes, interstitielles und zwar subpleurales Emphysem, das, gelegentlich durch eine plötzliche Drucksteigerung der Lungenluft entstanden, einen Locus minoris resistentiae bildet, an dem es nun bei einer weiteren, oft geringfügigen Gelegenheitsursache zur Zerreissung des bis dahin schützenden Pleuraüberzuges kommt. Einen Fall dieser Art theilt Verf. ausführlich mit: Ein 24jähriger, vordem niemals lungenkranker Schneider hatte beim Heben eines schweren Bügeleisens plötzlich die Empfindung, als ob etwas Besonderes in seiner Brust

vorgegangen sei. Dennoch vermochte er seine Arbeit bis zum nächsten Tage fortzusetzen, an welchem er bei schnellem Laufen über die Strasse plötzlich von derartigen Schmerzen in der linken Brusthälfte befallen wurde, dass er sich nur mühselig nach Hause schleppen konnte. Der Kranke wurde an schwerer Athemnoth leidend ins Krankenhaus überführt, in welchem auf Grund der Anamnese und der klinischen Symptome die Diagnose auf Pneumothorax durch einfache Lungenzerreissung und Emphysem des Mediastinums gestellt wurde. Als das wichtigste Kennzeichen für letzteres war ein mit der Herzaktion synchrones, feinblasiges Knistern in der Regio cordis nachweisbar. Dasselbe entsteht durch Verschiebung der Luftbläschen im vorderen Mediastinum in Folge der Herzbewegung. Zwei weitere, die Diagnose unterstützende Symptome waren das Verschwinden der Herzdämpfung und des Spitzenstosses. Dass das Emphysem des Mediastinums nur durch eine, wenn auch umschriebene, Lungenzerreissung, verbunden mit gleichzeitigem interstitiellen Lungen-, resp. subpleuralen Emphysem zu Stande kommen konnte, bedarf beim Fehlen einer Verletzung der äusseren Haut oder der der Untersuchung zugänglichen Schleimhaut des Respirationstraktus keiner besonderen Begründung. Die Thatsache, dass es sich hier wirklich um einen „einfachen", durch Ueberanstrengung entstandenen Pneumothorax handelte, erscheint um so mehr sichergestellt, als durch probatorische Tuberkulininjektionen mit ziemlicher Gewissheit auch das Fehlen einer latenten tuberkulösen Affektion nachgewiesen werden konnte. — y.

Beiträge zur Lehre der Scoliose nach Ischias.

Von Dr. H. Ehret.

Aus der mediz. Klinik der Kaiser-Wilhelm-Universität zu Strassburg.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. IV, Heft 5, p. 660—708.)

Ehret hat durch zahlreiche exakte Messungen an Leichen den normalen Verlauf des Nerv. cruralis und des Ischiadicus und den Einfluss der verschiedenen Lageveränderungen auf diesen Verlauf studirt. Bei diesen Versuchen hat sich ergeben, dass durch bestimmte Veränderungen der Lage des Oberkörpers zu den Beinen auf die Nervenstämme des Ischiadicus und Cruralis gewisse entspannende Effekte sich ausüben lassen. Bei der Entspannung des Nervus cruralis spielt die Flexion des Oberschenkels, bei der Entspannung des Nerv. ischiadicus die Abduktion desselben die Hauptrolle.

Im klinischen Theile der Arbeit werden eingehend die Stellungsanomalien des Beins bei Ischias, bei Bettlage und ausserhalb des Bettes geschildert. Diese Stellungen sind identisch mit denjenigen, in welchen beim Versuch an der Leiche die geringste Druck- und Zugwirkung auf die Nervenstämme ausgeübt wird. Die kompensatorischen Lage-Veränderungen des Beckens treten erst sekundär hinzu. Verfasser erblickt die ausschliessliche Ursache der Scoliose bei Ischias in der durch letztere bedingten Abduktion des Beines; ebenso sind nach den Ergebnissen seiner Untersuchungen die Lordose oder Kyphose bei Ischias nur auf die durch letztere bedingte Flexion des Beines, und Rotationsanomalien der Wirbelsäule auf die durch die Ischias bedingte Auswärtsrotation des Beines zurückzuführen. Die Einwände, welche gegen diese rein statisch-mechanische Theorie der Ischias scoliotica erhoben werden können, versucht Verf. zu widerlegen. Jedenfalls erklärt diese statisch-mechanische Theorie am einfachsten die Thatsache, dass die heterologe Form der Scoliose bei Ischias die am häufigsten beobachtete ist. Die Differentialdiagnose zwischen Ischias und Coxitis wird eingehend erörtert. In therapeutischer Beziehung kommt E. folgerichtig zu dem Ergebnisse, dass in erster Linie — falls die Schmerzhaftigkeit des Leidens es gestattet — die Beseitigung der Stellungsanomalie des Beines anzustreben sei, mit deren Beseitigung auch die Scoliose schwindet. Der fleissigen Arbeit ist ein ziemlich vollständiges Litteraturverzeichniss sowie eine Reihe guter photographischer Abbildungen beigefügt. Adler.

Kritische Bemerkungen zur Scoliosis ischiadica.

Von Dr. Ferdinand Bähr-Hannover.

(Arch. f. klin. Chir., 56. Bd., Heft 2.)

Die Arbeit enthält ausserordentlich interessante Bemerkungen und Beobachtungen; sie kommt zu dem Resultate: „dass die vorgefundenen Variationen der Rückgratsverkrümmungen und ihrer Begleitsymptome im Zusammenhang standen mit verschiedener Lokalisation der Nervenerkrankung (der Schmerzhaftigkeit), welche es mit sich bringt, dass in einem Falle dieser, in einem andern Falle jener Körpertheil vor Druck geschützt werden muss". Wer viel Gelegenheit hat, die Entstehung der Scoliosen bei Unfallverletzten zu beobachten, wird der Behauptung Bähr's beipflichten müssen, dass man aus statischen Gründen das Auftreten homologer und heterologer Formen erklären könne. Caspari.

Auftreten von Plattfussbeschwerden bei Beinverletzungen.

Von Ferd. Bähr. Hannover.

(Mtsschr. f. Unfallhlk. 1899, No 7.)

In der Unfallpraxis werden im Allgemeinen Plattfussbeschwerden dann auf einen Unfall zurückgeführt, wenn ihre Entstehung mit demselben mehr oder weniger in direktem Zusammenhang stand, d. h. bei Quetschungen des Fusses, Heilungen von Knöchelbrüchen in schlechter Stellung, überhaupt wenn die Verbindung zwischen Trauma und Plattfuss leicht ersichtlich war. Nicht selten aber treten auch Plattfussbeschwerden auf nach gut geheilten Unterschenkelbrüchen, nach Oberschenkel- und Beckenbrüchen. Das kommt daher, dass solche Verletzte oft mit abgespreiztem Bein und auswärts rotirter Fussspitze gehen, um eine indirekte Entlastung des Beines zu erzielen. Bei dieser Art des Ganges wird nun der Fuss nicht mehr in der Längsrichtung, wie normaler Weise, sondern mehr vom äussern zum inneren Rande abgewickelt. So wird er im inneren Abschnitt des Gewölbes stärker belastet und in die Obduktionsstellung hineingedrängt, es entsteht die Malleolaris volga. Ein vorhandener platter Fuss disponirt natürlich zu einer solchen Gangart, aber wenn er bis zum Unfall niemals Beschwerden verursacht hat, und nach dem Unfall thut er es, so sind das eben Unfallsfolgen. T.

Eine neue operative Behandlung der varicösen Unterschenkelgeschwüre.

Von Dr. M. Bardescu-Bukarest, Chirurg des Brancoveaun-Krankenhauses.

(Centr. f. Chir. 1899 No. 28.)

Auf Grund der neueren Forschungen, nach denen die Krampfadergeschwüre am Unterschenkel in ihrer Entstehung zum Theil von Nerveneinflüssen abhängig sind, hat Verfasser schon 1897 versucht, diese Geschwüre durch Nervendehnung zu behandeln. In zwei Fällen, die äusserst hartnäckig vorher jedem Heilversuch widerstanden, erfolgte glatte Heilung, nachdem — erst die Vena Saphena nach Trendelenburg geschnitten und dann der Nervus peroneus communis mit dem Finger stark gedehnt worden war. Die Wahl des Nerven hängt von der Gegend des Geschwürs ab. Für die Wirksamkeit der Nervendehnung beweisen diese Fälle u. E. nichts, indessen regen sie zu weiteren Versuchen mit der vorgeschlagenen Methode an. F. L.

Vergiftungen.

Ein Fall von chronischer Trionalvergiftung.

Von Dr. Karl Vogel, Ass.-A. am St. Johannishospital zu Bonn.
(B. klin. Wochenschrift 1899, No. 40.)

Nach kurzer Darstellung von sieben anderweitig beobachteten Fällen theilt Verf. seine eigene Beobachtung mit. Eine Dame von 28 Jahren, die vorher in den Tropen an Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber gelitten hatte, erhielt wegen Schlaflosigkeit in circa $4^1/_2$ Monaten 127 g Trional in regelmässigen Zwischenräumen. Nach Ablauf der ersten 10 bis 11 Wochen begann sie schlecht auszusehen, litt an Stimmungswechsel, fühlte sich dann immer elender. Im vierten Monat stellten sich fleischwasserähnliche Durchfälle, dann Verstopfung mit heftigen Koliken und anhaltendem Erbrechen ein, die Harnabsonderung stockte ganz, kehrte spärlich und mit grossen Schmerzen wieder, damals soll der Harn schon burgunderroth gewesen sein. Körperlich gebrochen wurde die Kranke ins Hospital eingeliefert. Neben einer starken Empfindungsstörung und Muskelschwäche an den Beinen bestand eine schwere Nierenentzündung. Der Harn enthielt trotz seiner Farbe kein wahres Haematoporphyrin, sondern einen in weingelben Krystallen abscheidbaren anderen Farbstoff mit eigenthümlichem Spektrum (breites Absorptionsband von F bis C, Verdunkelung des violetten Endes), zu dessen genauerer Untersuchung das Material fehlte.

Durch ausgesprochene Herz-Kollapsanfälle schwebte die Kranke ein paar Tage in Lebensgefahr. Das Trional wurde weggelassen, neben Kampher und ähnlichen Mitteln wurden alkalische Salze zugeführt. Nach sechs Wochen, als alle anderen Erscheinungen zurückgegangen waren, liess sich noch stark verminderte Reizbarkeit der Beinmuskeln bezw. -Nerven durch elektrische Ströme feststellen. Erst nach vier Monaten verliess die Dame das Krankenhaus, die Empfindungsstörungen waren selbst jetzt noch nicht völlig beseitigt. F. L.

Vergiftung durch Brommethyl.

Von Dr. Schuler.
Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, 31. Bd. 4. Heft (erste Hälfte).

Schuler beschreibt drei Erkrankungsfälle bei Arbeitern, die in einer chemischen Fabrik an einem Apparat, in dem Brommethyl aus Holzgeist und Schwefelsäure entwickelt wurde, gearbeitet hatten. Die Krankheitserscheinungen, die nicht in allen Fällen übereinstimmten, bestanden hauptsächlich in Uebelkeit, Krämpfen, Zittern der Extremitäten, Sinken der Temperatur und Bewustlosigkeit. Der eine dieser Fälle endete tödtlich. Als wichtigste Sektionsergebnisse wurden helles und dünnflüssiges Blut, Leere des linken, pralle Füllung des rechten Herz-Ventrikels, Blutfülle der Lungen und Leber und Ekchymosen von Hirse- bis Hanfkorngrösse auf den Lungen gefunden. Um festzustellen, ob und in welcher Weise das Brommethyl hierbei mitgewirkt habe, wurden Thierversuche angestellt. Aus diesen Versuchen ergab sich, dass das Brommethyl ein sehr starkes Gift ist, das auf die Versuchsthiere zum Theil als Anästhetikum, zum Theil direkt auf die Athmungsorgane einwirkte, welche es in intensiver Weise schädigte, indem es namentlich Blutungen in den gesammten Athmungstraktus und Oedem der Lungen erzeugte. Wenn auch genaue Angaben darüber fehlen, in welcher Menge das Brommethyl für die Thiere giftig wirkte und noch weniger der Grad der Giftigkeit des Gases für den Menschen festgestellt werden konnte, sind die Versuche doch geeignet, die Giftigkeit des Brommethyls für den Menschen mit grösster Wahrscheinlichkeit darzuthun. Es wird deshalb für möglichst vollständige Dichtung der Apparate und ausgiebige Ventilation der Arbeitsräume bei der in Rede stehenden Fabrikation unter allen Umständen gesorgt werden müssen. Schuler schlägt vor, durch Anbringung eines mechanischen Rührwerks die dauernde Anwesenheit eines Arbeiters in unmittelbarer Nähe der Apparate unnöthig zu machen und direkt an denselben Absaugungsvorrichtungen für die event. entweichenden giftigen Gase anzubringen.

Der Umstand, dass die Krankheitserscheinungen bei den Menschen und die bei den Versuchsthieren beobachteten Erscheinungen nicht in allen Punkten übereinstimmten, lässt es wünschenswerth erscheinen, dass in Betrieben, wo Brommethyl hergestellt oder verwendet wird, weitere sorgfältige Beobachtungen nach dieser Richtung angestellt werden.

Roth (Potsdam).

Ein Fall von akuter Lysolvergiftung.

Von F. Bohlen, D. med. W. 1899, No 30.

Ein schon ziemlich angetrunkener Mann trinkt eine unbestimmte Menge Lysol (ca. 10 gr.), das er für Kognak hält Alsbald tritt tiefe Bewustlosigkeit mit langsamer, rasselnder Athmung ein. Das Herz bleibt kräftig, die Pupillen behalten ihre Gleichheit und Reagirfähigkeit. Auf Apomorphin erfolgt öfters Erbrechen von Massen, die nach Lysol riechen, bisweilen wird etwas blutig gefärbter Schleim vorgewürgt, während der Mund frei von Verätzungen ist. Darmeingüsse fördern erst gewöhnlichen Koth, dann schnapsduftende Massen. Nach $1^1/_2$ Stunden erwachte der Vergiftete, am nächsten Tage war er heil. Verfasser vermuthet, dass der Alkoholgenuss die Herzschwäche hintangehalten haben kann. F. L.

Selbstmord durch Lysol.

Von Dr. Ludwig Herzog, praktischer Arzt in Berlin.
(Wiener klinische Rundschau No. 33, 1899.)

Lysolvergiftungen sind schon des Oefteren beobachtet worden. Der von Verf. mitgetheilte Fall bietet in seinem Verlaufe nichts Besonderes. Die Sektion ergab eine Nephritis acutissima; Verdickung und Trübung der Pia des Gehirns; letzteres selbst sehr blutreich. Aetzwirkungen an der Speiseröhre und dem Magen. Die nekrotische Schleimhaut der Speiseröhre ist in weisslich durchscheinenden, schleierartigen, bei der Bespülung flottirenden Stücken abgehoben. Auf der Höhe der Magenfalten finden sich zahlreiche, unter sich und zur grossen Kurvatur parallele zusammenhängende Aetzschorfe von dunkel röthlichbrauner Farbe, die sich durch den ganzen Fundus bis zum Pylorus hinziehen. Die an den Fall geknüpften Forderungen erscheinen Ref. zu weitgehend. Verf. verlangt: „1. Es muss dem Publikum auf jede Weise erschwert werden, sich durch Selbsteinkauf in den Besitz von konzentrirtem Lysol zu setzen. 2. Der Arzt sollte nur verdünnte Lysollösungen verschreiben und es nicht dem Laien überlassen, die für den Einzelfall nöthigen Verdünnungen des Lysols sich selbst zu bereiten.“ Bei Erfüllung dieser Forderungen wird sich vielleicht der eine oder andere unbeabsichtigte Vergiftungsfall durch Lysol vermeiden lassen, aber kaum der Selbstmord mittels Lysol, gewiss nicht der Selbstmord — ohne Lysol. Wenn der zum Selbstmord entschlossene Mann die Lysolflasche nicht zufällig zur Hand gehabt hätte, so wäre er höchstwahrscheinlich zum Fenster herausgesprungen oder hätte auf andere Weise seinen Zweck zu erreichen gesucht. Ist mit dem Handverkaufsverbot des Lysols demnach keine wirksame Prophylaxe gegen derartige bedauerliche Ereignisse gegeben, so bedeutet die Beachtung obiger Vorschläge auf der anderen Seite eine nicht unerhebliche Vertheuerung dieses in der Praxis so viel angewandten Medikamentes. —y.

Nahrungs-Hygieine.

Aphorismen über die Statistik der Beanstandungen von Nahrungsmitteln.

Von Dr. R. Kayser-Nürnberg.
(Zeitschr. f. öffentl. Chemie, 30. Nov. 1899.)

Nach einer kurzen Uebersicht über die aus den Jahresberichten der bayrischen Untersuchungsanstalten sich ergebenden Beanstandungen der Jahre 1891 bis 1898, wendet sich Verf. zu dem Bericht der städtischen Untersuchungsanstalten in Nürnberg für das Jahr 1898. Von 1613 Untersuchungsobjekten wurden 234 d. i. 14,7 Prozent beanstandet, in 21 Fällen wurde das gerichtliche Verfahren eingestellt, zwei Fälle führten zur Freisprechung, elf zu einer Verurtheilung durch Strafmandat, bei 23 Fällen fand eine Bestrafung auf Grund gerichtlicher Verhandlungen statt. Der Verkehr mit verfälschten Nahrungsmitteln kann nach diesen Angaben kein umfangreicher sein (in Bayern natürlich — Ref.).

Verf. geht dann auf die einzelnen Nahrungsmittel näher ein. Brot wurde im Jahre 1898 in 28,1 Prozent Fällen (von 3997 Untersuchungen 285 Beanstandungen), Mehl in 12,6 Prozent (von 2246 U. 285 Beanstand.) für nicht vorschriftsmässig erklärt. Die Zahl der ausgeführten Milchuntersuchungen sowie der Beanstandungen ist eine sehr geringe; es wurden 3445 Untersuchungen vorgenommen, wobei 315 gleich 9,1 Prozent Bemängelungen vorkamen. Die geringe Zahl der Untersuchungen erklärt sich durch die in Bayern übliche Vorkontrolle der Milch durch Thierärzte. Verf. betont mit Recht die Wichtigkeit der Milchkontrolle und der Aufsicht über Fleisch und Fleischwaaren gegenüber den anderen Nahrungsmittel-Untersuchungen; er vermisst in der Statistik vor Allem die bakteriologische Untersuchung der Milch und die Beanstandung des Schmutzgehaltes derselben.

Die Zusammenstellung für Wurst und Fleischwaaren ergiebt im Jahre 1898 5996 Untersuchungen mit 957 gleich 15,9 Prozent Beanstandungen. Auch hier werden nach Ansicht des Verf. die Zusätze von Mehl, Farbstoffen, Konservirungsmitteln zu sehr berücksichtigt. Er bekämpft die Meinung, dass durch Zusatz eines Farbstoffes zur Wurst die Vortäuschung einer frischen Fleischwaare bezweckt werde, da bekanntlich ältere Cervelatwürste höher im Preise stehen als frische. Bezüglich der Konservirungsmittel spricht er die Hoffnung aus, dass mit Ausschluss des Bisulfids die Verwendung rationeller Präparate von Seiten der Behörde mehr und mehr gefordert werden würde. Die Kontrolle des Verkehrs mit Fleisch und Fleischwaaren ist Aufgabe der Fleischbeschauer im weiteren Sinne und bietet hier ein wichtiges Arbeitsfeld, das wichtigste der ganzen Nahrungsmittelkontrolle überhaupt.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass von einer Gefährdung wesentlich sanitärer Interessen durch die beanstandeten Gegenstände nur in wenigen Gruppen (Fleisch, Fleischwaaren, Milch), von einer Gefährdung erheblicher wirthschaftlicher Interessen der Konsumenten nur selten und in geringem Umfange gesprochen werden kann, und dass die Behauptungen von einer Ueberschwemmung des Verkehrs mit gefälschten Nahrungsmitteln übertrieben sind. Er fordert zu einer besseren Klarstellung dieser Thatsachen vor Allem die Berücksichtigung kriminalistischer Angaben in der Statistik, und neben der Nahrungsmittelkontrolle eine strenge Objektivität in der Beantwortung der Frage, ob eine Neuerung auf dem Gebiete der Nahrungsmittelindustrie voraussichtlich wirthschaftliche und sanitäre Schädigungen der Konsumenten im Gefolge hat.

Firg.

Gutachten über die Wirkung der Borsäure und des Borax.

Von Professor Dr. O. Liebreich.
(Vierteljahrsschrift für ger. Medizin und öffentl. Sanitätswesen III. Folge, Bd. XIX. Heft I.)

Unter Verwerthung der in der medizinischen Literatur vorliegenden Erfahrungen über die Wirkungsweise der Borsäure und des Borax kommt Liebreich in Uebereinstimmung mit den bei der Konservirung von Nahrungsmitteln unter Anwendung von Borax und Borsäure gemachten Beobachtungen, wonach bisher kein Fall von Gesundheitsschädigung zur Feststellung gelangt ist, zu dem Ergebniss, dass vom praktischen Gesichtspunkt gegen das Verfahren ein Einspruch ebenso wenig zu erheben sei, wie gegen das Pökeln und Räuchern des Fleisches, trotzdem bei dem letzteren Verfahren grosse unzweckmässige Dosen Salpeter und empyreumatische Stoffe giftig wirken könnten.

Da aber die Anschauungen über die Verwerthbarkeit der Borpräparate für die Ernährung getheilt sind, giebt der Gutachter ausserdem eine Zusammenstellung der Hauptpunkte für und gegen die Verwendung der Borpräparate, um im Anschluss daran über Thierversuche zu berichten, die zur Aufklärung der vorliegenden Frage unternommen wurden und insbesondere zur Feststellung der Grenze, innerhalb welcher mit Sicherheit eine Schädigung der Gesundheit nicht zu befürchten sei. Soweit aus den Literaturangaben ersichtlich, sind beim Gebrauch von Borsäure und Borax weder akute noch chronische Vergiftungen beobachtet worden, so lange nicht übermässige Dosen, wie sie für den vorliegenden Zweck nicht in Frage kommen, zur Anwendung kamen. Durch die Thierversuche konnte Liebreich bestätigen, dass die Borsäure selbst bei 5prozentiger Konzentration weder am Magen noch am Darm Veränderungen hervorruft, während Borax in 1prozentiger Lösung ganz geringe Veränderungen und erst bei 2prozentigen und stärkeren Lösungen eine Schleimsekretion und Abstossung von Epithelzellen zur Folge hat. (Beim Salpeter beginnt die schädliche Wirkung auf die Magen- und Darmschleimhaut schon bei einer $^1/_2$prozentigen Lösung). Für die Konservirung des Fleisches werden Quantitäten von 0,50 bis 0,75 Prozent Borsäure verwerthet, von denen beim Wässern des Fleisches und besonders beim Räucherungsverfahren noch ein grosser Theil verloren geht, sodass der Schätzung nach höchstens 0,25 Prozent in den Organismus gelangen. Liebreich schliesst deshalb, dass nach den vorliegenden Erfahrungen der länger fortgesetzte tägliche Gebrauch von 1,2 g Borsäure oder Borax, wenn sie mit Speisen genossen werden, keine nachtheilige Wirkung auf die Gesundheit ausüben können.

„Selbst für den Gebrauch doppelter Quantitäten sind bisher keine Schädigungen erwiesen worden, da diese Dosen nach allen wissenschaftlichen Erfahrungen noch weit hinter jener Quantität zurückbleiben, welche auf den Organismus belästigend einwirken kann. Wer die zahlreich angestellten Versuche der verschiedensten Forscher mit Sorgfalt studirt, gelangt sogar zu der Anschauung mancher Autoren, dass Borax und Borsäure für den menschlichen Organismus als nützlich betrachtet werden muss. Aber der genaue Nachweis dieses letzteren Umstandes bedarf noch eines grösseren Beobachtungsmaterials."

Der gegen die Beweisführung zu erhebende Einwand, dass die Methode der chemisch „quantitativen Bestimmung der Borsäure mit Mängeln behaftet sei, wird von Liebreich dadurch widerlegt, dass die Irrthümer der Analyse bei den kleinen Mengen, welche zur Konservirung von Nahrungsmitteln dienen, nicht in Betracht kämen. Dem andern Einwand, dass der tägliche Genuss boracirter Nahrungsmittel Unzuträglichkeiten her-

beiführen könne, misst Liebreich deshalb keine Bedeutung bei, weil Borax und Borsäure nicht zu den scharfen, für den Organismus giftigen Substanzen gehören. — Unter Berücksichtigung des vorliegenden, reichhaltigen Materials wird von vorne herein zuzugeben sein, dass von erwachsenen, gesunden Menschen der zeitweise Genuss boracirter Nahrungsmittel ohne Schaden für die Gesundheit ertragen wird. Ob aber dasselbe für Kinder und geschwächte Personen, namentlich auch solche mit Störungen der Verdauungsorgane zutrifft, diese Frage muss trotz der sorgfältigen Bearbeitung die ihr Liebreich hat zu Theil werden lassen, noch als eine offene bezeichnet werden. Auch wird die Frage des Deklarationszwangs für derartig behandelte Nahrungs- mittel unter Festsetzung bestimmter Grenzzahlen in Erwägung zu ziehen sein.

Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 16. Dezember 1899.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

1. Herr **Kaplan** und Herr **G. Meyer**: Zwei Fälle von jugendlicher organischer Psychose auf der Grundlage von hereditärer Lues. (Mit Demonstrationen.) Interessante pathologisch-anatomische Befunde.

2. Herr **Moeli**: Krankenvorstellung.

Es handelt sich um einen Kranken mit einem abnormen Bewusstsein, welches anfallsweise in Zwischenräumen von Wochen oder Monaten — sei es für Stunden, sei es für Tage — auftritt und in welchem immer in ganz typischer Weise ein Vorstellungskreis erscheint, der im wachen Leben keine wesentliche Rolle spielt. Der 40jährige, früher stets gesunde Mann hatte keine Zeichen von Alkoholismus gezeigt. 1891 stürzte er beim Abrüsten eines Neubaues zwölf Meter hoch, gleichzeitig mit einem Arbeitsgenossen, herunter. Der Letztere starb sofort. Er selbst erlitt einen Bruch des Oberschenkelhalses, Absprengung des unteren Tibiagelenkfortsatzes, eine Fraktur des Beckens und Abschürfungen. Wesentlich ist, dass er drei Wochen bewusstlos war. Das Bein heilte mit starker Verkürzung. Mit Hilfe von Maschinen kam er nach zwei Jahren so weit, dass er wieder am Stock gehen konnte. Durch die dann erfolgte Herabsetzung der Rente auf 75 pCt. wurde sein Gemüth heftig bewegt. Er wurde ab und zu verdriesslich, unaufmerksam und vergesslich. Etwas später zeigte sich eine stärkere Erregung. Er glaubte, an einer Wurst Blutstreifen zu entdecken, und dass seine Frau ihn vergiften wolle, um ihn los zu sein. Von da ab beschäftigte ihn das Schicksal seines Arbeitsgenossen intensiv, besonders in seinen Träumen. Nach jenem Unfall war der Tod seines Arbeitsgenossen das Erste, was er erfuhr. Damals hatte diese Nachricht keinen grossen Eindruck auf ihn gemacht, aber jetzt sprach er oft im Schlaf davon. Als er eines Tages aufwachte, verlangte er nach dem Kirchhof zu gehen, wo sein Freund begraben liege. Die Frau sah nach dem Verlassen der Wohnung ihren Mann auf dem Fensterbrett sitzen und mit den Beinen zum Fenster heraushängen. Sie brachte ihn wieder zu Bett. Nachher hatte er keine Erinnerung an diesen Versuch, aus dem Fenster zu klettern und an seine Absicht, auf den Kirchhof zu gehen. Ein solcher Zustand, in welchem er unruhig, schlaflos wurde und von jener Absicht sprach, wiederholte sich in den angegebenen Zwischenräumen. Da Grab und Kirchhof unbekannt waren, Ausreden aber nichts half, so machte sich die Frau mit ihm nach einem Kirchhof auf den Weg. Der Pat. fragte oft schon unterwegs, wohin sie eigentlich gingen und wusste nichts mehr von seiner Absicht. Oder er suchte vergeblich nach dem Grab und fragte dann entrüstet, was sie eigentlich hier wollten. Es handelt sich also um einen in typischer Weise wiederkehrenden Gedankenkreis mit entsprechender Handlungsweise und nachheriger vollkommener Amnesie. Dies trat aber auch anderweitig hervor, z. B. bettelte er um Geld für einen Kranz für jenes Grab und legte einen solchen auf dem Kirchhof nieder, ohne später davon etwas zu wissen. Zweimal war in Folge eines Tobsuchtsanfalles in jenem Zustande seine Ueberführung nach der Irrenanstalt Herzberge erfolgt, wo er schon ruhig eintraf. Der Pat. äussert selbst, dass er vor einem solchen Anfall keine anderen Empfindungen habe, dass ihm nicht ängstlich zu Muthe sei und ihm die Umgebung nicht verändert erscheine. Nachher wäre er bisweilen matt, verstehe aber alles zu ihm Gesprochene. Er habe nie an Schwindel oder Ohnmachtsanfällen gelitten und sich Nachts nicht benässt. Für gewöhnlich liesse sich keine erhebliche Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten wahrnehmen. Ein Spezialkollege, welcher ihn der Rente wegen zu begutachten hatte, hielt ihn nicht für geisteskrank und glaubte auch nicht an die Entwicklung einer Geistesstörung. Bei epileptischen oder sonstigen Bewusstseinsstörungen sähe man gewöhnlich wie hier in dem Vorstellungsinhalt eine Beziehung zum früheren Leben. Moeli hält den Zustand nicht für einen epileptischen, da Epilepsie nie bei dem Pat. festgestellt sei und der Zustand an sich keinen Beweis dafür gebe. Bei Epileptischen träten Angst, Sinnestäuschungen, Eingenommenheit, Verwirrtheit, niemals völlige Unbefangenheit und Freiheit während der Zeit des gestörten Bewusstseins auf. Auch um Dämmer- und Traumzustände könne es sich nicht handeln. Die Einengung des Bewusstseinsinhalts beim transitorischen Irresein der Neurastheniker käme noch in Betracht, wobei in ähnlicher Weise eigenthümliche Ideen als ein pathologisch veränderter Gedankengang aus dem wachen Leben mit Amnesie auftauchten. M. führt einen derartigen Fall an. Ein Mann machte nach einem Streit mit seiner Braut einen Selbstmordversuch und gerieth in lebhafte Exaltation mit Selbstvorwürfen und nachfolgender fast völliger Amnesie. Die Leute machten in derartigen Fällen nachher den Eindruck von Hysterischen. Der Unterschied mit dem vorgestellten Fall bestehe darin, dass diese Zustände sich nicht so häufig wiederholten wie bei letzteren. Nach Angabe der Frau ereigneten sich diese Zustände vorzugsweise, wenn Pat. getrunken habe. Der Alkohol zeitige bei Beeinträchtigung des Bewusstseins einen gewissen Unternehmungsgeist, der leicht zu unüberlegten Handlungen führe. M. führt weitere Fälle an zum Beweis dafür, dass während des Zustandes von Bewusstlosigkeit in zielbewusster Weise unternommene Handlungen auf Grund von früher vorhandenen Gedanken zu Tage treten. So bekam z. B. ein Kranker Streit mit einer Frau, zu der er in Beziehungen stand. Dieselbe bewohnte in einem Hause eine Mansardenwohnung mit Fenster. Er ging in seine Wohnung, trank vier Glas Portwein, eilte wieder hinauf, spazierte am Rand des Daches entlang und versuchte durch das Fenster in die Wohnung zu gelangen. Er wurde mit Mühe aus seiner gefährlichen Lage befreit und hatte nachher totale Amnesie.

In der Diskussion fragt Herr Oppenheim, ob nicht doppeltes Bewusstsein vorliege. Herr Moeli verneint, da der Pat. sich trotz aller Hinweise auf die Zwecklosigkeit seiner früheren Handlungen nicht von analogen Handlungen in jenen Zuständen abhalten liess. Er entsinne sich also während eines Anfalles nicht der früheren.

Herr Jastrowitz glaubt, dass die angeführten Momente nicht gegen Epilepsie sprächen. Bei Schlaganfällen mit Aphasie wiederholten nachher die Kranken zuerst diejenigen Worte, die sie zuletzt gebrauchten. Es könnten doch typische Anfälle der Beobachtung bei Epileptischen leicht entgehen.

Herr Moeli erwidert, dass er Epilepsie hauptsächlich wegen des Fehlens von Angst, Sinnestäuschungen und Verwirrtheit nicht anzunehmen geneigt sei. Bis jetzt müsse dieser Fall bezüglich der Epilepsie unentschieden gelassen werden.

3. Herr Schmidt — Wuhlgarten: Die geisteskranken Trinker in der Familienpflege (Autoreferat).

Man muss unterscheiden zwischen Alkoholisten im psychiatrisch-klinischen Sinne, d. h. Kranken, bei denen eine fehlerhafte psychische Anlage, verbunden mit einer frühzeitig abnormen Geistesentwicklung, die Neigung zum Trinken in der bekannten Hartnäckigkeit auftritt, und den sog. Gewohnheits- oder Gelegenheitstrinkern, bei denen vorübergehend das Trinken eine sonst bestehende Psychose verschlimmert oder auch selbständig einmal Ursache der Behandlung wird. Erstere sind die Kranken, mit denen hauptsächlich die Irrenanstalten zu rechnen haben; sie bilden im Gegensatz zu den übrigen Geisteskranken ein ungünstiges Objekt der Verpflegung in der Familie.

Unter 703 Männer-Aufnahmen betrafen nach dem Bericht der Deputation für die städt. Irrenpflege zu Berlin für die Zeit vom 1. April 1897 bis 31. März 1898 nicht weniger als 204 d. h. 29% Trunksüchtige (die Zahl der weiblichen Alkoholisten war verschwindend gering); in Herzberge war das Verhältnis der neu Aufgenommenen zu den „mehr oder weniger“ Gewohnheitstrinkern 707:342 = 48%. Wahrscheinlich wird diese hohe Ziffer, wenn sie auf die Zahl der ausschliesslichen Alkoholisten reduzirt wird, dem Ergebniss der Dalldorfer Zählung sich erheblich nähern. Man darf daher wohl sagen, dass die durchschnittlich aufgenommenen Alkoholisten in den beiden Anstalten etwas über 30% ausmachen, mit anderen Worten $^1/_4$—$^1/_3$ der männlichen Insassen sind Säufer. Rechnet man auf 230000 männliche erwachsene Arbeiter ca. 700—800 Trinker — die in den Privatanstalten und Krankenhäusern verpflegten mit eingerechnet — also 3‰, so scheint es mit der Verbreitung der Trunksucht unter der weniger bemittelten Berliner Bevölkerung immerhin noch nicht so schlimm zu stehen. Die Thatsache, dass die Störungen, welche der Säufer verursacht, bei dem gedrängten Zusammenwohnen der Bevölkerung viel unerträglicher wirken als an kleineren Orten, ferner das Ineinandergreifen der Aufsichts- und Wohlfahrtseinrichtungen, das Interesse der Oeffentlichkeit an allen Tagesfragen und Ereignissen, endlich die Aufklärung, welche unter Laien und Aerzten über die Bedeutung der Alkoholfrage mehr und mehr Platz greift; alle diese Umstände erleichtern und beschleunigen die Aufnahme des Trinkers in die Anstalten und erklären die starke Ansammlung derselben in den letzteren. Zu Gunsten der Berliner Verhältnisse spricht ferner noch der Umstand, dass ein grosser Theil der Trinker (im Jahre 1897/98 in Dalldorf nicht ganz die Hälfte) nicht einmal eingeborene Berliner sind, sondern von weither zugezogen.

Unter den in Familienpflege entlassenen Kranken überhaupt war etwa die Hälfte Säufer;

im Jahre 1898	unter	131	Pfleglingen	66
„ „ 1897	„	136	„	57
„ „ 1896	„	128	„	65.

Die Ergebnisse der Familienpflege waren schlechte. Einzelne Patienten hielten sich nur Tage lang, andere Wochen und Monate. Der Pfleger, welcher bei eingetretener Rückfälligkeit den Kranken der Anstalt sofort wieder zuführen soll, hält denselben häufig länger als wünschenswerth bei sich, um nur möglichst lange das Pflegegeld sich zu sichern, dabei all' den Widerwärtigkeiten ausgesetzt, die der täglich Betrunkene durch Unpünktlichkeit in der Einhaltung der Hausordnung, durch Schimpferei, Skandaliren, Veruntreuungen u. dergl. m. nur verursachen kann. Nur Wenige, die sich dem sogen. stillen Suff ergeben, vermögen sich eine Zeit lang durch eine ihrer Manneskraft gewöhnlich gar nicht entsprechende leichte Beschäftigung etwas nützlich zu machen (Adressen-Schreiben, Zettel-Vertheilen, Zeitungen-Austragen, zeitweilige Handlangerdienste in den Markthallen). Eine grosse Gefahr für den Pflegling ist eben die Unmöglichkeit, in der Grossstadt eine regelmässige, gewinnbringende Beschäftigung zu finden. Der Meister kann ihn nicht wieder in Arbeit nehmen, da er gewöhnlich nach seiner Entlassung aus der Anstalt des gesetzlichen Ausweises über Invaliditäts- und Kranken-Versicherung entbehrt. Die Wiederaufnahme in die Krankenkasse ist zumeist sehr schwer, weil der Trinker bei einer kurzen Anstaltsbehandlung höchstens als „gebessert“, nicht als „geheilt“ entlassen wird. Nur in zwei Fällen erwies sich die Unterstützung durch die Familienpflege eine längere Zeit segensreich; ein 32jähriger Bureaubeamter, welcher Jahre lang mit Unterbrechungen internirt war, zeigte sich anfangs als ein unzufriedener und querulirender Patient, wurde dann einsichtig, arbeitsam und konnte schliesslich entlassen werden. Als er eine dauernde und einträgliche Stellung übernehmen sollte, ging seine kurz zuvor geschlossene Verlobung zurück und er fing wieder an zu trinken, nachdem er sich 13 Monate lang gut gehalten hatte. Der Zweite, ein Schreiber, hielt sich 14 Monate. Er wurde nach seiner Entlassung bald ein rühriger Anhänger des Good Templer-Ordens, warb viele Patienten aus der Anstalt für seine Propaganda, trug selbst zur Gründung einer Templer-Loge bei. Er wurde rückfällig, als Nahrungssorgen, nervöse Beschwerden einer alten schweren Verletzung und Aerger in seinem Verein ihm über den Kopf wuchsen.

Mit grossen Schwierigkeiten ist gewöhnlich die Wiedereinieferung des Rückfälligen verbunden, deren Beschleunigung natürlich im Interesse des Kranken und seiner Umgebung zu wünschen ist. Wenige sind einsichtig und kehren willig zurück, bei Vielen kommt es zu gewaltsamen und ernsten Auftritten, die die Mitwirkung der Polizei erheischen. Eine solche ist, wenn auf strenge Handhabung der in Betracht kommenden Polizeivorschriften (Tagesbefehl vom 1. August 1894) bestanden wird, manchmal, sehr zum Schaden der Sache, schwer zu erlangen.

Ein unbedingtes Erforderniss für eine gedeihliche Behandung der in Familienpflege untergebrachten Trinker ist die Tauglichkeit der Pflegestellen selbst. Die Aermlichkeit und Mittellosigkeit der in Betracht kommenden Verhältnisse kommt n empfindlicher Weise zur Geltung. Eine gute Pflegestelle, ausreichende Aufsicht, Beköstigung, Gelegenheit zur Beschäftigung) muss verlangt werden, wenn der Trinker sich an Ordnung und Häuslichkeit gewöhnen soll und in seinem neuen Heim selbst eine Ablenkung vom Kneipengehen finden soll.

Zur wirksamen Behandlung des Trinkers ist aber vor Allem erforderlich zwangsweise Verhinderung des Alkoholgenusses. durch absolute Abstinenz und genügend lange Internirung Erstere ist hauptsächlich in der Anstalt schon energisch durchzuführen, indem an keinen Insassen derselben, auch nicht an das Wartepersonal, geistige Getränke verabfolgt werden dürfen. Es wäre zu wünschen, dass die Ueberzeugung von der absoluten Entbehrlichkeit des Alkohols als Therapeuticum wie als Nahrungsmittel nicht bloss auf die Praxis der Irrenhäuser sich beschränken, sondern auch in den Krankenhäusern und bei sämmtlichen Aerzten vollends zur Geltung kommen möchte

da doch, wie genügend bekannt ist, mit dem Alkohol manchmal in unverantwortlicher Freigebigkeit experimentirt wird, sobald nur dem Kranken die Aeusserung entschlüpft ist, er sei an Alkohol gewöhnt.

Die zwangsweise dauernde Internirung stösst häufig deswegen schon auf Schwierigkeiten, weil es an einer genügenden gesetzlichen Handhabe hierzu fehlt und die Anstalten gewöhnich überfüllt sind. Die in einer veralteten Allerhöchsten Ordre vom Jahre 1803 enthaltene Vorschrift der Entmündigung hat zwar in sachlicher Beziehung manche günstige Wirkung, im Interesse der Person und ihrer Besserung oder Heilung, die doch das Ziel der Internirung sein soll, erweist sie sich von sehr geringem Nutzen. Auch die Bestimmung des Bürgerlichen Gesetzbuches sind in dieser Hinsicht ungenügend. Erst wenn die Gesetzgebung sich entschliesst, den nunmehr angefangenen Weg unter genügender Berücksichtigung sachverständiger Rathschläge weiter auszubauen, wird der Kampf gegen die Trunksucht im Allgemeinen und die Behandlung des Säufers in der Familienpflege im Besonderen bessere Erfolge erzielen.

M. E.

Ueber traumatische Herzerkrankungen

hat in der Nürnberger medizinischen Gesellschaft und Poliklinik, in der Sitzung vom 19. Oktober 1899, Herr Dr. Katz einen bemerkenswerthen Vortrag gehalten, welchen wir in Folgendem nach dem offiziellen Protokoll, veröffentlicht in der Münch. Med. Wochenschr. 1899 No. 51, wiedergeben:

Nach physiologischen Bemerkungen giebt Vortragender vom klinischen, chirurgischen, pathologisch-anatomischen, gerichtsärztlichen und Standpunkt des Gutachters unter Zugrundelegung folgender Eintheilung:

Einfluss des Traumas
1. auf das Herz als solches in toto,
2. auf den Muskelapparat,
3. auf den Klappenapparat,
4. auf den nervösen Apparat,
5. auf das Pericard

unter zahlreichen Literaturbelegen eine Uebersicht über die traumatischen Herzerkrankungen.

I. Sowohl akute wie dauernde Dilatation des Herzens mit Hypertrophie mit oder ohne nervöse Störungen mit allen ihren Komplikationen sind beobachtet (Albu, Bernstein, Schott, Stern etc.).

II. Eine Spontanruptur des gesunden Herzens ist nicht erwiesen, die des krankhaft veränderten dagegen häufig beobachtet (Fraentzel, Barth, Rolleston, Kellynack, Nobiling, Groom, Richter, Williams, Dock, Kast, Oestreich, Robertson etc.)

III. Die traumatische chronische Myocarditis ist als sicher anzuerkennen.

IV. Die Entstehung einer akuten traumatischen Endocarditis ist als wahrscheinlich, die chronische dagegen als bestimmt vorkommend zu betrachten (Stern, Düms, Bernstein etc.).

V. Motorische sowohl wie sensible Störungen können als sogenannte traumatische Herzneurose auftreten. (Kisch, Feilchenfeld, Sylva, Gay, Strauss, Dubelis, Mahnert, Bernstein etc.).

VI. Das Auftreten einer primären traumatischen Pericarditis in ihren verschiedenen Formen ist oft und sicher konstatirt.

In aetiologischer Beziehung kommen sowohl Insulte der Brustwand mannigfachster Art als auch akute oder dauernde Ueberanstrengung des gesunden oder bereits affizirten Herzens in Betracht, (wie sie das Radfahren, Bergsteigen, Sport, Athletik bietet [Altschul, Mosso, Kisch, Martius, v. Schrötter, Henschen etc.]). Die Diagnose der traumatischen Herzerkrankungen hat ausser den allgemein bekannten Symptomen den zeitlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Auftreten der ersten objektiven und subjektiven Zeichen, oder wenn ein Vitium cordis bereits bestand, die Verschlimmerung desselben zu berücksichtigen.

Die Prognose ist stets vorsichtig zu stellen, da selbst noch nach Jahren (Neumann) Beschwerden auftreten können. Sie stützt sich neben den allgemein giltigen Regeln besonders noch auf Art und Schwere des Insults, Lebensalter, Stellung, Komplikationen von Seiten anderer Organe, Berücksichtigung der hygienischen und sozialen Verhältnisse. Der Gutachter wird festzustellen streben:

1. War ein Herz bei Eintritt des Unfalles völlig intakt? (In strittigen Fällen Einsichtnahme der Militärpapiere, Krankenbücher, Polizen etc.)

2. Hat der Unfall ein vorhandenes Herzleiden akut oder dauernd verschlimmert?

3. Kann der vorhandene Befund ohne Zwang der Verhältnisse in zeitlichen Zusammenhang (Termin nur in genau beobachteten Ausnahmefällen über 6 Monate hinaus auszudehnen) mit dem Trauma gebracht werden?

4. Welches sind die direkten und indirekten Folgen? (Komplikationen).

Der Rentenbewerber hat in allen Fällen, gleichviel ob bei Eintritt des Traumas das Herz normal oder bereits affizirt war, berechtigten Anspruch auf Ertheilung der Rente, die natürlich bei der relativen Seltenheit und Variabilität der Fälle nicht ziffernmässig durch Prozente genau fixirt werden kann und grossen Schwankungen unterworfen ist.

Gebührenwesen.

Verjährung ärztlicher Forderungen nach dem neuen Bürgerl. Gesetzbuch.

Bekanntlich verjährten die ärztlichen Forderungen nach dem bisherigen Recht in 4 Jahren.

Die Verjährung begann mit dem auf den festgesetzten Zahlungstag folgenden letzten Dezember und, wenn ein Zahlungstag nicht besonders festgesetzt war, mit dem letzten Dezember desjenigen Jahres, in welchem die Forderung entstanden war.

Nach dem § 156, 14 des neuen Bürgerlichen Gesetzbuches, das am 1. Januar 1900 in Kraft getreten, verjähren die Ansprüche der Aerzte für ihre Dienstleistungen mit Einschluss der Auslagen in 2 Jahren, und zwar beginnt die Verjährung mit der Entstehung des Anspruchs. Der Artikel 169 des Einführungsgesetzes bestimmt ferner:

„Die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Verjährung finden auf die vor dem Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches entstandenen, noch nicht verjährten Ansprüche Anwendung. Der Beginn sowie die Hemmung und Unterbrechung der Verjährung bestimmen sich jedoch für die Zeit vor dem Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches nach den bisherigen Gesetzen.

Ist die Verjährungsfrist nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche kürzer als nach den bisherigen Gesetzen, so wird die kürzere Frist von dem Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches an berechnet.“

Da für ärztliche Forderungen ein Zahlungstag nicht vereinbart zu werden pflegt, begann die Verjährung nach altem Recht stets am letztem Dezember des Jahres, in dem der Anspruch entstanden war, und für die Uebergangszeit stellt sich die Sache wie folgt:

Die Ansprüche aus dem Jahre 1895 verjähren am 31. Dezember 1899, die aus dem Jahre 1896 am 31. Dezember 1900, die aus den Jahren 1897, 1898 und 1899 bereits am 31. Dezember 1901 und die Forderungen aus dem Jahre 1900 in 2 Jahren nach dem Tage der Entstehung des Anspruchs.

Ebenso wie die ärztlichen Forderungen verjähren nach neuem Rechte die Forderungen der öffentlchen Anstalten, die der Verpflegung oder Heilung dienen, sowie die Forderungen der Inhaber von Privatanstalten solcher Art für Verpflegung und Heilung und für die damit zusammenhängenden Aufwendungen.

Der Anspruch auf Zahlung der Zeugen- und Sachverständigengebühren verjährt innerhalb drei Monaten nach Abgabe des Zeugnisses oder Gutachtens.

Die Verjährung wird unterbrochen durch Zahlungsbefehl, Klage und Anerkenntniss. Das Anerkenntniss kann auch stillschweigend erfolgen, z. B. durch Abzahlung. Vom Tage der Unterbrechung ab läuft eine neue Verjährung.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Zwei Obergutachten über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einer tödtlich verlaufenen Lungenentzündung (in einem Falle verbunden mit Brustfellentzündung) und einem Trauma, das die Brust betroffen hat (Kontusionspneumonie.)

(Amtl. Nachr. 1899, No. 12.)

Bejahung des Zusammenhanges der Krankheit mit einer „Verletzung der Brustwand“ (Bluterguss) durch den Druck eines 10 bis 12 Centner schweren Steinblocks, der, beim Aufladen abgleitend, Brust und Bauch des Verunglückten belastete.

In der Unfallversicherungssache der Hinterbliebenen des Mineurs T. St. in D. wider die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft lasse ich hierbei das von mir gewünschte Obergutachten darüber, ob der Tod des St. in ursächlichem Zusammenhange mit dem von den Klägern behaupteten Betriebsunfall vom 15. März 1897 steht, oder ob der St. an einer Rippenfellentzündung, die sich unabhängig von einem Betriebsereigniss entwickelt hat, gestorben ist, folgen.

St., ein Mann von 34 Jahren, der, wie nach Lage der Akten anzunehmen ist, bis dahin gesund und schwere Arbeit zu leisten befähigt war, erlitt am 15. März 1897 beim Verladen von Steinen dadurch einen Unfall, dass ihm ein 10 bis 12 Centner schwerer Steinblock gegen die Vorderfläche (Brust und Bauch) des Körpers fiel. St. war danach ganz blass, konnte nicht mehr weiter arbeiten, sondern ging langsam nach Hause. In den folgenden Tagen konnte er nur noch leichte Arbeit verrichten, wobei er Tag für Tag über sein Befinden klagte (Akten des Reichs-Versicherungsamts Blatt 30 ff.). Am 25. desselben Monats erkrankte er an einer, auch durch die Sektion bestätigten, rechtsseitigen Lungen- und Brustfellentzündung (Pneumonie und Pleuritis), in Folge deren er in der Nacht vom 29. zum 30. März starb (Sektionsakten Blatt 6).

Für die Beurtheilung des ursächlichen Zusammenhanges der tödtlich gewordenen Lungen- und Brustfellentzündung mit dem vorher stattgehabten Unfall ist die Vorfrage zu entscheiden, ob eine äussere Gewalt, die den Rumpf in der Weise, wie es in dem vorliegenden Fall geschah, trifft, Ursache einer Lungen- oder Brustfellentzündung oder beider Affektionen zusammen werden kann. Diese Vorfrage ist entschieden zu bejahen.

Es ist eine durch die Erfahrung seit lange und von verschiedenen Seiten festgestellte Thatsache, dass eine echte Lungenentzündung (die lobäre, fibrinöse Pneumonie) in Folge eines Traumas, welches die Brustwand getroffen hat, entstehen kann, ohne dass die Brustwand äusserlich oder innerlich auch nur die geringste Verletzung erkennen lässt. Man hat diese Lungenentzündung passend als „Kontusionspneumonie“ bezeichnet. Nach Litten (Zeitschrift für klinische Medizin 1882 S. 41) macht diese Kontusionspneumonie etwa den dreiundzwanzigsten Theil (4,4 Prozent) aller bei Männern vorkommenden Lungenentzündungen aus.

Mit der Lungenentzündung ist gewöhnlich auch eine Brustfellentzündung verbunden. Die letztere kann aber auch unabhängig von der Lungenentzündung primär durch ein Trauma, welches die Brustwand mit oder ohne Verletzung dieser getroffen hat, entstehen.

Es ist also nicht zu bezweifeln, dass das Trauma, welches St. am 15. März 1897 erlitten hat, sehr wohl eine Lungen- und Brustfellentzündung zur Folge haben konnte. Es lässt sich aber auch aus den, wenngleich sehr spärlichen Angaben über das Befinden und den Verlauf der Krankheit des St. nach dem Unfall und aus dem Sektionsbericht schliessen, dass wahrscheinlich ein ursächlicher Zusammenhang der tödtlich gewordenen Krankheit mit dem Unfall vorgelegen hat.

Denn erstens hat in der That nach dem Sektionsbericht eine „Verletzung der Brust“, welche Geheimrath Dr. M. (Sektionsakten Blatt 14) zur Anerkennung dieses Zusammenhanges für nothwendig hält, stattgefunden. Der Bericht sagt nämlich (daselbst Blatt 6), dass sich nach dem Zurückpräpariren der Haut des Brustkorbes (wie nicht erwähnt, aber wohl anzunehmen ist, auf der rechten Seite) eine blutige Verfärbung fand, welche auch das Brustfell („Kostalpleura“) betraf. Diese Verfärbung rührte unzweifelhaft von einem Bluterguss in die rechte Brustwand her, welcher, was wohl keines Beweises bedarf, durch das zehn Tage vorher stattgehabte Trauma verursacht war. Wenn nun auch, wie vorher auseinandergesetzt wurde, Lungen- und Brustfellentzündung traumatisch auch ohne jede Verletzung der Brustwand entstehen können, so wird immerhin durch den Nachweis einer solchen Verletzung die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Trauma und Lungen-Brustfellentzündung erhöht.

Was zweitens das Befinden des St. gleich nach dem Unfall und den Verlauf seiner letzten Krankheit betrifft, so liegen darüber in den Akten nur die allerdürftigsten Mittheilungen vor, diese aber sprechen mehr für als gegen jenen in Frage stehenden ursächlichen Zusammenhang. Es muss nämlich nach den übereinstimmenden Aussagen verschiedener Zeugen (Reichs-Versicherungsamtsakten Blatt 30 bis 33) als ganz sicher angenommen werden, dass St. unmittelbar nach dem Unfall und offenbar im Zusammenhange damit erkrankte und wenn auch nicht gleich bettlägerig, so doch in seiner Arbeitsfähigkeit behindert wurde. Welcher Art diese Erkrankung war, lässt sich höchstens vermuthen, da darüber garnichts, am allerwenigsten eine ärztliche Angabe, vorliegt. Die Vermuthung ist aber berechtigt, dass die tödtliche Krankheit, welche, wie es scheint, am 25. März, zehn Tage nach dem Unfall, von Dr. L. festgestellt wurde, nämlich Lungen- und Brustfellentzündung, sich in den Tagen vorher, als St. schon erkrankt und weniger arbeitsfähig war, vorbereitet hat und am genannten Tage nicht erst urplötzlich ausbrach, sondern zu einer solchen Höhe gelangt war, dass St. bettlägerig wurde und die bis dahin versäumte ärztliche Hülfe nachsuchte.

Diese Vermuthung erhält noch eine Stütze durch den Umstand, dass die Lungen- und Brustfellentzündung, falls sie wirklich erst am 25. März ganz unabhängig von dem Unfall entstanden wäre, einen ganz auffallend schnellen tödtlichen

Verlauf genommen haben müsste, wie auch Dr. F. mit Recht hervorhebt (Sektionsakten Blatt 7). Denn es wäre ein ganz aussergewöhnliches Vorkommniss, dass eine Lungen- und Brustfellentzündung bei einem im jugendlich kräftigen Alter stehenden Manne, der kein Säufer und auch sonst gesund ist, in vier Tagen und einigen Stunden zum Tode führt.

Dass St. vor dem Unfall nicht vollständig gesund gewesen wäre, ist nach Lage der Akten ganz ausgeschlossen, auch dass er ein Säufer gewesen sei, ist nicht im Entferntesten anzunehmen, da ihm das Zeugniss eines in seiner ganzen Gemeinde als sehr tüchtigen und pünktlichen Arbeiters gegeben wird (Sektionsakten Blatt 2). Es ist also sehr wahrscheinlich, dass die tödtliche Krankheit des St. nicht erst zehn Tage nach dem Unfall aus irgend einer Ursache plötzlich entstand, sondern schon einige Tage vorher sich entwickelt hat, dass sie also auch zeitlich dem Unfall sehr nahe stand.

Aber selbst in dem weniger wahrscheinlichen Fall, dass die Lungen-Brustfellentzündung erst am 25. März aus unbekannter Ursache entstanden wäre, musste man annehmen, dass der schnelle und tödtliche Verlauf herbeigeführt, oder doch erheblich begünstigt wurde durch den Umstand, dass die Krankheit einen durch den voraufgegangenen Unfall geschwächten und in seiner Widerstandsfähigkeit herabgesetzten Körper betraf, eben weil sonst der ungewöhnlich schnelle tödtliche Verlauf unerklärlich wäre.

Hiernach beantworte ich die gestellte Frage dahin, dass der am 30. März 1897 erfolgte Tod des St. in ursächlichem Zusammenhange mit dem von ihm am 15. desselben Monats erlittenen Unfall steht.

Das vorstehende Gutachten habe ich nach bestem Gewissen angefertigt.

Berlin, den 18. März 1898.

Professor Dr. Senator,
Geheimer Medizinalrath.

Verneinung des Zusammenhanges der Krankheit mit einer Quetschung der Brustmuskulatur durch Anstemmen der Brust gegen einen aufzuladenden Holzstamm.

In der Unfallversicherungssache der Hinterbliebenen des Brettschneiders Friedrich W. in Sch. wider die Ostpreussische landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft hat das Reichs-Versicherungsamt von mir ein Obergutachten in Bezug auf den Zusammenhang des Todes des W. mit dem angeblichen Unfall vom 27. März 1897 gewünscht, welches ich im Nachstehenden erstatte:

Der Thätbestand, soweit er nach den Akten festgestellt wurde, ist folgender: Der, wie anzunehmen ist, bis dahin gesunde, 44jährige Brettschneider W. stemmte sich am Sonnabend, den 27. März 1897, beim Aufladen eines Holzstammes mit der Brust und den Händen gegen diesen und klagte gleich darauf über Schmerzen in der Brust, ohne jedoch gänzlich arbeitsunfähig zu sein. Der folgende Tag war Sonntag, also Ruhetag. Am Montag, den 29. März, arbeitete er bis Mittag, wo wegen schlechten Wetters die Arbeit ausgesetzt werden musste, und erklärte dann, ihm sei nicht recht wohl. Am nächsten Tage, Dienstag, den 30. März, wurde er von seinem Arbeitsgenossen bettlägerig gefunden (Schiedsgerichtsakten Blatt 11 und 21). Am Donnerstag, den 1. April, nach Aussage seiner Frau (daselbst Blatt 22) oder am Freitag, den 2. April, nach dem Gutachten des Dr. B. (Sektionsakten Blatt 8) fuhr er zum Arzt, Dr. M., welcher eine Lungenentzündung bei ihm feststellte. Am 14. April ist W. gestorben, wie Dr. M., der ihn jedoch nicht wiedergesehen hat, attestirt, in Folge der Lungenentzündung.

Auf diesen dürftigen Thatbestand ein einigermassen sicheres Urtheil über den Zusammenhang des Todes des W. mit dem angeblichen Unfall, das heisst mit dem starken Anstemmen des Körpers, der Brust insbesondere, gegen einen Holzstamm, zu begründen, ist nicht möglich.

Es soll nicht bezweifelt werden, dass der Tod des W. durch die Lungenentzündung erfolgt ist, welche zwölf oder dreizehn Tage vorher bei ihm festgestellt wurde; aber wann dieselbe in Wirklichkeit eingesetzt und unter welchen Erscheinungen sie begonnen hat, darüber ist aus den Akten etwas Zuverlässiges nicht zu entnehmen. Die Schmerzen, über welche W. gleich nach jener Arbeit geklagt hat, können ebensowohl auf den Druck gegen die Brustwand in Folge des Anstemmens, wie auf eine beginnende Erkrankung der Lunge bezogen werden, beweisen also für die vorliegende Frage garnichts, zumal nicht bekannt ist, wie der Zustand des W. in den dem angeblichen Unfall unmittelbar folgenden Tagen gewesen ist. Die Angaben seiner Frau können in dieser Beziehung nicht massgebend sein, ebensowenig wie die der Frau Kl., welche am Dienstag, den 30. März, bei dem im Bett liegenden W. durch das Hemde hindurch eine „offensichtliche“ Anschwellung des Leibes gesehen haben will! (Schiedsgerichtsakten Blatt 11). Eine Lungenentzündung macht für sich allein überhaupt keine äusserlich sichtbare Anschwellung und eine anderweitig, etwa durch ein Trauma verursachte Anschwellung, welche am Dienstag durch das Hemde hindurch „offensichtlich“ zu erkennen war, hätte wohl von dem am nächsten Donnerstag oder Freitag untersuchenden Arzt wenigstens noch in Spuren aufgefunden werden müssen. Davon ist aber keine Rede.

Es bleibt also nur die Zeugenangabe des Mi., dass W. am Montag, den 29. März, fünf Stunden lang, ohne über Schmerzen zu klagen, seine gewohnte Arbeit verrichtet, dann aber sich nicht recht wohl gefühlt habe und am nächsten Tage bettlägerig gewesen sei. Da nun am darauf folgenden Donnerstag oder Freitag vom Arzt schon ausgesprochene Lungenentzündung gefunden wurde, so ist wenigstens zu vermuthen, dass diese am Montag Nachmittags, zwei Tage nach dem angeblichen Unfall, begonnen hat.

Dieser Umstand, aber auch nur dieser allein, könnte zu Gunsten der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem angeblichen Trauma und der Lungenentzündung, also zu Gunsten der Annahme einer „traumatischen Lungenentzündung“ geltend gemacht werden. Denn nach den Erfahrungen, welche über diese Art „traumatischer Lungenentzündung“ (abgesehen von den durch Schuss- oder Stichverletzung verursachten) vorliegen, fällt der Beginn der Krankheit auf den zweiten bis dritten, höchstens vierten Tag nach dem Unfall (zu vergl.: Litten in der Zeitschr. für klin. Medizin V, 1882 und Stern: Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten Heft 1, 1896).

Nach eben diesen Erfahrungen aber muss das Trauma, welches eine derartige Lungenentzündung hervorruft, ganz andersartig sein, als der hier in Rede stehende angebliche Unfall. In allen sicheren Fällen handelt es sich nämlich um eine heftige Erschütterung des Brustkastens durch einen schweren Fall, heftigen Stoss, Ueberfahren und dergleichen, weshalb diese Lungenentzündungen gewöhnlich als „Kontusionspneumonieen“ bezeichnet werden. Eine solche Erschütterung hat bei dem W. nach der Schilderung seines Arbeitsgenossen und Augenzeugen Mi. nicht stattgefunden. Auch pflegen diese „Kontusionspneumonieen“ mit einem starken, lange anhaltenden Schüttelfrost einzusetzen. Ein solcher ist

aber nach dem Attest des Dr. M. (Sektionsakten Blatt 3) bei dem W. nicht aufgetreten.

Wenn also das zeitliche Auftreten der Lungenentzündung für oder jedenfalls nicht gegen den Zusammenhang mit einem vorher stattgehabten Trauma spricht, so spricht andererseits die Natur der mechanischen Einwirkung, der angebliche Unfall, welcher den W. betroffen hat, gegen einen solchen Zusamenhang.

Dass, wie Dr. M. anzunehmen geneigt ist (Reichs-Versicherungsamtsakten Blatt 26), durch den angeblichen Unfall, das heisst durch das Anstemmen der Brust gegen einen Balken, eine „geringe Verletzung der Brustwand beziehungsweise der Lunge“ stattgefunden habe, auf deren Boden sich später eine Lungenentzündung entwickelte, die also der Ausgangspunkt der tödtlichen Krankheit geworden wäre, halte ich für sehr unwahrscheinlich, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Eine Verletzung der Lunge selbst ohne eine solche der Brustwand, also eine Zerreissung des Lungengewebes mit Bluterguss, kommt erfahrungsgemäss, wie oben ausgeführt wurde, nur bei starken Erschütterungen des Brustkastens vor, wie sie beim blossen Anstemmen der Brust nicht stattfindet. Diese Art der Entstehung ist ausgeschlossen.

2. Eine Verletzung der Brustwand, welche geeignet wäre, ihrerseits nach wenigen (hier schon nach zwei) Tagen eine Lungenentzündung hervorzurufen, müsste schon eine erhebliche, etwa mit einem Rippenbruch oder mit einem starken Bluterguss in die Weichtheile der Brustwand verbunden gewesen sein. Eine so schwere Verletzung nimmt Dr. M. mit Recht nicht an, denn einmal ist das Anstemmen der Brust wenig geeignet, bei einem sonst gesunden Menschen eine so schwere Verletzung der Brustwand hervorzubringen, und dann wären die Spuren einer so schweren Verletzung dem Dr. M. bei der Untersuchung der Brust, die zur Feststellung der Lungenentzündung fünf oder sechs Tage nach der etwa stattgefundenen Verletzung führte, nicht entgangen.

Eine geringe Verletzung der Brustwand, Druck und Quetschung der Muskeln, kann sehr wohl bei dem Anstemmen erfolgt und, wie vorher schon bemerkt worden ist, die Ursache der Schmerzen gewesen sein, über welche W. gleich darauf geklagt hat. Dass aber eine derartige Verletzung, eine Quetschung der Brustmuskeln, von welcher nach fünf oder sechs Tagen keine Spur mehr zu finden ist, schon nach zwei Tagen eine schwere oder überhaupt eine Lungenentzündung sollte hervorrufen können, kann ich nicht zugeben.

Andere Möglichkeiten eines Zusammenhanges zwischen dem angeblichen Unfall und dem Tode des W. zu erörtern, wie etwa, dass er sich bei der schweren Arbeit erhitzt und dann in schlechtem Wetter erkältet habe, ist ganz zwecklos, da irgend ein Beweis für oder gegen die Nothwendigkeit oder Wahrscheinlichkeit eines solchen Zusammenhanges aus den Akten nicht zu entnehmen ist.

Demnach gebe ich schliesslich mein Gutachten dahin ab, dass aus dem vorliegenden Aktenmaterial ein Zusammenhang zwischen dem Tode des W. und dem angeblichen Unfall, der ihn am 27. März 1897 betroffen hat, nicht nachzuweisen ist.

Berlin, den 23. Oktober 1898.

Professor Dr. Senator,
Geheimer Medizinalrath.

In beiden Fällen haben die Obergutachten dem Reichs-Versicherungsamt als Grundlage seiner Entscheidung gedient. Demgemäss sind die Entschädigungsansprüche der Hinterbliebenen im ersten Falle unter Aufhebung der Vorentscheidungen anerkannt, im zweiten Falle durch Zurückweisung des Rekurses abgelehnt worden.

Aerztliches Gutachten und Augenschein des Schiedsgerichts.
(Rev.-Entsch. vom 15. März 1899.)

Gegen ein ungünstiges Urtheil des Schiedsgerichts hat die Versicherungsanstalt rechtzeitig die Revision eingelegt mit dem Antrage, unter Aufhebung der Vorentscheidung die Sache an das Schiedsgericht zurückzuverweisen. Der Kläger hat die Zurückweisung der Revision beantragt. Das Reichs-Versicherungsamt gab der Revision aus folgenden Gründen statt: Das Schiedsgericht gründet seine Feststellung, dass der Kläger bereits dauernd erwerbsunfähig im Sinne des § 9 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes sei, ausschliesslich auf seine äussere Erscheinung und sein Verhalten in der mündlichen Verhandlung vom 14. Mai 1898. Danach ist der Kläger von zwei Personen gestützt und halb getragen vor das Schiedsgericht geschleppt worden, hat kraftlos im Stuhl gehangen und sich nur mit schwacher gebrochener Stimme verständlich machen können. Dem gegenüber wird der Kläger in dem Gutachten des Knappschaftsarztes Dr. L. vom 12. Oktober 1897 als ein im Wesentlichen gesunder Mann geschildert, der nur an unbedeutenden Krampfadern an den Unterschenkeln und einer alten Muskelzerreissung am linken Oberarm leide und zu allen Arbeiten, welche nicht gerade ausnahmsweise Kräfte, insbesondere des linken Armes erforderten, fähig sei. Für die auffallende Verschiedenheit der beiden Befunde hat das Schiedsgericht keine Erklärung zu geben versucht, sie wird in den Gründen der angefochtenen Entscheidung mit Stillschweigen übergangen. Hierin muss ein wesentlicher Mangel, nämlich eine Verletzung des § 16 Absatz 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 1. Dezember 1890 erblickt werden. Das Schiedsgericht durfte sich nach Lage der Sache über die Frage der Erwerbsunfähigkeit nicht schlüssig machen, ohne dass wenigstens ein Versuch vorangegangen war, die Wahrnehmungen des Schiedsgerichts und die des gehörten, übrigens vom Kläger selbst benannten Sachverständigen zu vereinigen. Allerdings verweist die angeführte Vorschrift, indem sie die Amtspflicht des Schiedsgerichts zur Klarstellung des Sachverhalts durch Beweiserhebung ausspricht, zugleich auf das „Ermessen“ eben dieses Gerichts. Indessen kann hiermit, wenn die Vorschrift sich nicht selbst wieder aufheben soll, nur ein sachliches, mit Gründen gestütztes, nicht willkürliches Ermessen gemeint sein. Mag daher auch das Recht der freien Beweiswürdigung unter Umständen so weit gehen können, dass das Schiedsgericht entgegen dem Gutachten der ärztlichen Sachverständigen das Vorhandensein der Erwerbsunfähigkeit im gesetzlichen Grade seinerseits feststellen darf, so legt doch ein solcher Widerspruch zwischen der Auffassung des Arztes und der des Gerichts, wie er im vorliegenden Falle obwaltet, dem Gericht jedenfalls zunächst die Pflicht auf, eine weitere Aufklärung des Sachverhalts anzustreben. Das Schiedsgericht musste sich sagen, dass auf seiner Seite ein Irrthum mit unter gelaufen sein konnte. Dazu kommt noch ein anderer Gesichtspunkt. Ist es überdies schon an sich im Allgemeinen bedenklich, die Annahme der Erwerbsunfähigkeit lediglich auf das Urtheil von Nichtärzten, wie es die Mitglieder des Schiedsgerichts regelmässig zu sein pflegen und auch im vorliegenden Falle gewesen sind, zu stützen, so muss sich dieses Bedenken um so stärker geltend machen, wenn es sich, wie hier, auch um die Prüfung der Frage handelt, ob die Erwerbsunfähigkeit sich als eine „dauernde“ darstelle, ob also eine Heilung der sie bedingenden Leiden und damit eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bis zu dem in § 9 Absatz 3 a. a. O. bezeichneten Grade nach menschlichem Ermessen in absehbarer Zeit ausgeschlossen sei. Hiernach musste die angefochtene Entscheidung aufgehoben und die Sache zur Anstellung weiterer Ermittelungen über das Vorhandensein der Invalidität des

Klägers, geeignetenfalls durch Vernehmung des Dr. L. an die Vorinstanz zurückverwiesen werden. Bei der erneuten Verhandlung wird das Schiedsgericht auch die Richtigkeit der Behauptung des Klägers, sein Zustand habe sich seit seiner Untersuchung durch den Dr. L. am 12. Oktober 1897 erheblich verschlechtert, einer Prüfung zu unterziehen haben.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Prof. Dr. K. B. **Lehmann** und Dr. R. **Neumann**. Atlas und Grundriss der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. Zweite erweiterte und umgearbeitete Auflage 1899. Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis 16 M.

Dieses Werk ist in erster Auflage im Jahre 1896 erschienen. Es bildet den 10. Band von J. F. Lehmann's medizinischen Handatlanten nebst kurz gefassten Lehrbüchern. Um ihr Werk in den Rahmen dieses buchhändlerischen Unternehmens einzufügen, haben sich die Verfasser sicherlich Zwang auferlegen müssen. Trotzdem ist das Werk als ein gut gelungenes zu bezeichnen, das vielen Beifall gefunden hat. Dafür spricht der Umstand, dass die sehr starke erste Auflage in einigen Jahren vergriffen wurde, und dass sie mehrfach in fremde Sprachen übersetzt worden ist.

Die Verfasser setzen voraus, dass der Leser die gewöhnlichsten Elemente der bakteriologischen Technik beherrscht.

In der Vorrede zur 1. Auflage sprachen sie die Hoffnung aus, dass ihr Werk für bakteriologische Kurse dem Lernenden eine bedeutende Nachhilfe gewähren möchte. Hierin haben sie sich nicht getäuscht. Ihr Werk wird von Aerzten, die sich in der Bakteriologie weiter ausbilden wollen, gern und mit grosser Befriedigung benutzt. Es ist desshalb namentlich für solche Aerzte, die sich nur nebenbei mit bakteriologischen Arbeiten beschäftigen können, ganz besonders zu empfehlen. Für Bakteriologen von Fach ist das Werk von Interesse, weil die Verfasser versucht haben, die Prinzipien, die sich bei den polymorphen Phanerogamen bewährt haben, möglichst vorsichtig auch auf die Bakterien anzuwenden und den Stoff in möglichst natürlicher, botanischer Anordnung vorzuführen. An manchen neuen Namen werden sich die Bakteriologen freilich schwer gewöhnen können wie z. B. an Corynebacterium diphtheriae (Löffler) Lehmann et Neumann anstatt Diphtheriebacillus oder an Mycobacterium tuberculosis (R. Koch) Lehmann et Neumann für den Tuberkelbazillus. Es wird gewiss manchen mit Wehmuth erfüllen, dass Löffler und Koch bei den neuen Bezeichnungen nur noch in der Klammer erscheinen dürfen neben den Namen der Autoren, die den neuen Namen gegeben haben. Doch wird man sich damit trösten müssen, dass dies nach den Regeln, die durch internationales Uebereinkommen aller Kulturvölker festgestellt sind, nun einmal so Brauch ist. Mancher wird es sehr bedauern, dass Angaben darüber fehlen, von wem und in welchem Jahre die wichtigeren Bakterien entdeckt sind.

In der neuen Auflage haben die Verfasser in sorgfältiger Weise die hauptsächlichsten Arbeiten berücksichtigt, die seit dem Erscheinen der ersten Auflage publizirt sind. So ist die Lehre von der Krankheitserregung, der Disposition und Immunität wesentlich erweitert worden. Im speziellen Theile haben sie bei mehr als 50 Arten Zusätze und Verbesserungen gemacht und etwa 80 Arten neu eingefügt. Den Atlas haben sie durch 9 neue Tafeln als Ersatz für 3 alte (Diphtherie und ihre Verwandten, die Verwandten der Tuberkuloseerreger, Gonorrhoe, Pest) vervollkommnet. Vielen wird die ausführliche Beschreibung der Pestbakterien sehr willkommen sein. Während sie in der ersten Auflage nur eine Seite einnahm, erstreckt sie sich in der zweiten Auflage über mehr als 6 Seiten.

Als kurzes Lehr- und Bestimmungsbuch erfüllt das Werk seinen Zweck vollkommen. Die Verfasser haben sich streng an ihr Thema gehalten und nur die Bakteriologie berücksichtet, dagegen die durch Mycelpilze, Hefepilze oder Protozoen bedingten Krankheiten wie z. B. Favus und Malaria ausser Betracht gelassen.

Sie würden sicher auf den Dank ihrer Leser rechnen können, wenn sie in die dritte Auflage auch diese Krankheiten aufnehmen wollten.

Pfuhl (Berlin)

Tagesgeschichte.

Das neue Seuchengesetz.

Thatsächlich ist nunmehr dem Bundesrath ein Gesetzentwurf über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vorgelegt. Der Gesetzentwurf knüpft an die dem Reichstage in den Jahren 1893 und 1894 vorgelegten und nicht zur Verabschiebung gelangten Entwürfe an. An der Hand der neuesten Forschungsergebnisse sind die früheren Entwürfe namentlich rücksichtlich der Pest einer Prüfung und Umarbeitung unterworfen worden. Es sind die Erfahrungen berücksichtigt, welche die von Reichswegen im Jahre 1897 zur Erforschung der Pest nach Indien entsandte wissenschaftliche Kommission, sowie Sachverständige, die neuerdings nach Porto zum Studium der Seuche entsandt sind, gemacht haben. Die Krankheiten, auf welche das Gesetz sich erstrecken soll, sind Aussatz (Lepra), Cholera (asiatische), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalische Beulenpest), Pocken (Blattern). Der Entwurf behandelt den Stoff in sechs Abschnitten, nämlich Anzeigepflicht, Ermittelung der Krankheit, Schutzmassregeln, Entschädigungen, allgemeine Vorschriften, Strafbestimmungen.

Zur Krankenversicherungs-Gesetzgebung.

In der Reichstagssitzung vom 28. November 1899 hat der Staatssekretär des Innern Graf von Posadowsky eine Anregung dahin gegeben, ob es nicht richtiger wäre, eine Regulirung der Krankenversicherungsbeiträge allgemein dahin eintreten zu lassen, dass die Unternehmer die Hälfte und die Arbeiter auch nur die Hälfte, statt wie bisher zwei Drittel zu bezahlen hätten. Die jetzige Praxis, wonach die Arbeitgeber in den Vorständen der Krankenkassen von den Arbeitern jederzeit majorisirt werden können, hat bekanntlich nach und nach dahin geführt, dass die ersteren sich von der Verwaltung meist banz zurückgezogen und den Arbeitern das Feld allein überlassen haben. Wenn nun aber bei einer Neuregelung der Krankenversicherung die Lasten gleichmässig auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer vertheilt würden, dann müssten selbstverständlich auch beide Theile gleichmässig an der Verwaltung Antheil haben. — Es liegt auf der Hand, dass dadurch auch das Verhältniss der Krankenkassen zu den Aerzten ein wesentlich anderes werden würde, wenn es nicht mehr angängig wäre, dass die Vorstände der Kassen rücksichtslos und einseitig ihre Macht den Aerzten gegenüber ausnützen. Diese beabsichtigte Neuerung ist also von ärztlicher Seite nur dringend zu wünschen.

Gegen das Kurpfuscherwesen.

Das Polizei-Präsidium zu Berlin hat folgende Verordnung erlassen:

„§ 1. Gegenstände, Mittel, Einrichtungen und Methoden, welche dazu bestimmt sind, die Empfängniss zu verhüten oder geschlechtliche Erregungen hervorzurufen, dürfen weder

öffentlich angepriesen, angekündigt, noch in öffentlichen Anstalten (Badeanstalten, Kuranstalten und ähnlichen) in Anwendung gebracht werden. § 2. Gegenstände, Mittel, Einrichtungen und Methoden zur Verhütung oder Beseitigung von Geschlechtskrankheiten oder der Folgen geschlechtlicher Ausschweifungen dürfen weder öffentlich angepriesen noch angekündigt werden. § 3. Gegenstände oder Mittel der in den §§ 1 und 2 bezeichneten Art dürfen in Schaufenstern oder in dem Publikum zugänglichen Lokalen nicht öffentlich ausgelegt, auch nicht durch Automaten verkauft werden. § 4. Verordnungen approbirter Aerzte, welche dazu bestimmt sind, Gefahren für Leben und Gesundheit zu verhüten oder zu beseitigen, werden von den Bestimmungen in den §§ 1—2 nicht betroffen. § 5. Uebertretungen dieser Verordnungen werden, soweit nicht nach den bestehenden Gesetzen eine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldbusse bis zu 30 Mk. bestraft, an deren Stelle im Nichtbeitreibungsfalle eine verhältnissmässige Haft tritt".

Es ist in hohem Grade anerkennenswerth, dass die Behörde in dieser Weise gegen den Unfug der erwähnten öffentlichen Anpreisungen vorgeht. Wer gelegentlich einen Blick thut in den Annoncentheil selbst grösserer Zeitungen, wird finden, dass dort Anzeigen von Heilmethoden oben gekennzeichneter Art stehen, welche mit den Erörterungen nicht nur über das Kurpfuscherthum sondern auch über das, was dem Volke in Bezug auf Anstand und Sitte frommt, in krassem Widerspruche steht.

Zur Medizinalreform.

In dem für das nächste Finanzjahr in Preussen eingebrachten Etat sind keinerlei Mittel zur Durchführung der Medizinalreform vorgesehen. Auf eine bezügliche Anfrage antwortete der Finanzminister: „Die Verhandlungen zwischen den drei betheiligten Ministerien, dem des Innern, des Kultus und der Finanzen, schweben noch. Es sind dabei eine Reihe sehr schwieriger Fragen zu lösen. Der Landtag kann aber absolut sicher sein, dass, sei es durch einen Nachtragsetat, sei es im nächsten Jahre, die Konsequenzen des Gesetzes im Etat gezogen werden." —

Bestrafung wegen Betrugsversuchs.

Der Bergmann St. erlitt am 28. Juni 1897 auf Zeche Graf Moltke einen Bruch des linken Vorderarmes und erhielt aus Anlass dieser Verletzung die Rente einer Erwerbsverminderung von 40 pCt. Da der krankhafte Zustand des Armes sich wesentlich gebessert hatte, sah der Angeklagte ein, dass, falls diese Besserung ärztlich festgestellt würde, ihm die Unfallrente in der bisherigen Höhe nicht weiter gewährt werden würde. Als er daher zum 26. Mai 1899 zur ärztlichen Untersuchung zwecks Feststellung des künftigen Rentenbetrages nach Carnap befohlen wurde, schnürte er den verletzten Arm am oberen Drittel des Unterarmes ab, um eine Schwellung desselben herbeizuführen und so den Zustand desselben schlimmer erscheinen zu lassen, als er in Wahrheit war. Hierdurch hoffte er sich die Rente von 40 pCt. zu erhalten, die höher war, als er nach der Beschaffenheit des verletzten Armes erwarten durfte. Bei der ärztlichen Untersuchung zeigte dann auch der Unterarm in Folge der Abschnürung eine starke ödematöse Schwellung bis zu der noch deutlich sichtbaren Schnürfläche, während oberhalb derselben die Cirkulation noch völlig frei war. Von der untersuchenden Aerztekommission wurde sogleich wahrgenommen, dass dieser Zustand künstlich durch Abschnüren des Armes hervorgerufen war. Da unter diesen Umständen der wirkliche Befund an der Hand nicht festgestellt werden konnte, wurde der Angeklagte zunächst zurückgewiesen. Bei einer wiederholten späteren Untersuchung war die Schwellung völlig verschwunden und ist dem Angeklagten, da sich der Arm wesentlich gebessert hatte, nur eine Unfallrente von 20 pCt. Erwerbsverminderung zugebilligt worden.

Gegen St. ist wegen Betrugsversuch Anklage erhoben worden; die II. Strafkammer des K. Landgerichts zu Essen verurtheilte denselben am 10. Okt. d. J. zu einer Gefängnissstrafe von einem Monat. (Kompass, 1899. No. 24.)

Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder

hat den beamteten Aerzten des Reichs einen Fragebogen überreicht, aus dessen Beantwortung der jetzige Stand des öffentlichen Badewesens in Deutschland hervorgehen soll. Es liegt im Plane, die gewonnene Uebersicht auf der Pariser Weltausstellung des kommenden Jahres zu allgemeiner Kenntniss und Würdigung zu bringen. Der betreffende Ausstellungs-Vorstand hat den hierfür erforderlichen Raum bereits vorgesehen und das Kaiserliche Gesundheitsamt dem Vorgehen jede Förderung in Aussicht gestellt. Der Herr Reichskanzler Fürst zu Hohenlohe-Schillingsfürst hat auf ein ihm Seitens der Gesellschaft unterbreitetes Gesuch sich geneigt erklärt, dieser Aufstellung einer Bäder-Statistik des Deutschen Reiches sein amtliches Interesse zuzuwenden und das Reichsamt des Innern die Bearbeitung der Angelegenheit bereits übernommen. — Demnächst tritt auch das Preisgericht zusammen, welches über Ertheilung der von der Gesellschaft ausgesetzten Preise für die besten Entwürfe von kleineren und mittleren Volksbadeanstalten entscheiden soll. Die eingegangenen Pläne werden im Laufe des Monats Januar der öffentlichen Besichtigung zugänglich gemacht, und zwar, Dank dem Entgegenkommen des Herrn Präsidenten Dr. Köhler, im Sitzungssaale des Gesundheitsamtes (Klopstockstr. 19/20) zur Ausstellung gelangen.

Der 18. Kongress für innere Medizin

findet vom 18.—21. April 1900 in Wiesbaden statt. Präsident ist Herr v. Jaksch (Prag). Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage, Mittwoch, den 18. April 1900. Die Behandlung der Pneumonie. Referenten: Herr v. Korányi (Buda-Pest) und Herr Pel (Amsterdam). Am dritten Sitzungstage, Freitag, den 20. April 1900. Die Endocarditis und ihre Beziehungen zu anderen Krankheiten. Referent: Herr Litten (Berlin). Folgende Vortragende haben sich bereits angemeldet: Herr Neusser (Wien): Thema vorbehalten. Herr Wenkebach (Utrecht): Ueber die physiologische Erklärung verschiedener Herz-Puls-Arhythmien. Herr K. Grube (Neuenahr-London): Ueber gichtische Erkrankungen des Magens und Darmes. Herr M. Bresgen (Wiesbaden): Die Reizung und Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrem Einflusse auf die Athmung und das Herz. Herr Schott (Nauheim): Influenza und chronische Herzkrankheiten. Herr Martin Mendelsohn (Berlin): Ueber ein Herztonicum. Herr Weintraud (Wiesbaden): Ueber den Abbau des Nucleïnes im Stoffwechsel. Herr Herm. Hildebrandt (Berlin): Ueber eine Synthese im Thierkörper.

Theilnehmer für einen einzelnen Kongress kann jeder Arzt werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 Mark. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Diskussionen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel ca. 12 Mark kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w., so weit sie für die innere Medizin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an Herrn Sanitätsrath Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, zu richten.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5 — pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 4. Ausgegeben am 15. Februar.

Inhalt:

Ein Fall von tödtlicher Cohabitationsverletzung.

Von
Dr. Wichmann,
Assistenzarzt.
Aus der inneren Abtheilung des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin (Direktor: Professor Fürbringer).

Das Interesse, welches durch die Seltenheit der im Titel genannten Verletzung und ihre Bedeutung in gerichtsärztlicher Beziehung gegeben ist, dürfte die mir von meinem Chef, Herrn Professor Fürbringer, übertragene Veröffentlichung nachstehenden Falles rechtfertigen.

Die Krankengeschichte konnte aus den Angaben des Ueberlebenden rekonstruirt werden und ist den Akten der Kgl. Staatsanwaltschaft entnommen, welche in entgegenkommender Weise hierzu die Erlaubniss gewährte.

Die unverehelichte, 26 Jahre alte Fabrikarbeiterin X. traf sich Abends gegen 9 Uhr mit ihrem Bräutigam, einem 26jährigen Arbeiter, im Hause einer Anverwandten.

Nachdem dort viel Rum, Grog, sowie später in einem Schanklokale noch Portwein getrunken worden war, gingen Beide um Mitternacht nach der Wohnung des Bräutigams und gelangten daselbst gegen 1 Uhr Nachts an.

Sie vollzogen auf dem Hausflur im Stehen den Beischlaf. Als der Bräutigam zum zweiten Male denselben vollziehen wollte, bemerkte er, dass Blut aus der Scheide floss. Nach einigen Minuten blutete es in Strömen. Patientin brach hilferufend zusammen. Er brachte dieselbe eiligst mittelst Droschke nach dem Krankenhause, woselbst man um 1 Uhr 20 Min. anlangte. Auf dem Transport war Patientin verstorben. Bei der Einlieferung wurde der Tod mit den Zeichen einer starken Blutung aus den Geschlechtsorganen und eine dem neunten Monate entsprechende Schwangerschaft festgestellt. Das nächstliegendste war wohl, da eine verwerthbare Anamnese in Anbetracht der nur sehr geringen und ungenauen Angaben der Begleiter nicht erhalten werden konnte, an eine Blutung aus der schwangeren Gebärmutter zu denken. Es wurde bei der Möglichkeit, dass eine verbrecherische Manipulation vorläge, der Kgl. Staatsanwaltschaft Anzeige erstattet.

Die Sektion (Prosektor: Prof. Dr. Hansemann), die nach Freigabe der Leiche erst fünf Tage später ausgeführt werden konnte, ergab Folgendes:

Sehr anämische, mittelgrosse, mässig genährte, weibliche Leiche.

Sämmtliche Organe der Brusthöhle zeigen ausser Anämie keine pathologischen Veränderungen.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle liegt der stark vergrösserte Uterus vor, der bis zum Rippenbogen reicht. Im Uterus befindet sich eine weibliche Frucht von 45 cm Länge

in zweiter Schädellage, der Kopf steht beweglich über dem Becken.

Weder im Uterus, noch in der aufgelockerten Cervix Blut.

Unterhalb der Clitoris, auf der rechten Seite eine etwa $1^1/_2$ cm tiefe und 2 cm lange Verletzung. Durch dieselbe ist die Mündung der Harnröhre nach der rechten Seite hin eingerissen und der rechtsseitige Schwellkörper der Clitoris eröffnet.

Ränder der Verletzung unregelmässig zerrissen, im Grunde derselben Blutcoagula und klaffende Gefässlumina.

Die Submucosa der Urethra ist auf eine etwa 2 cm hinaufreichende Strecke blutig suggillirt.

Introitus vaginae, kleine Labien, linke Urethralwand unversehrt.

Die übrigen Organe ohne bemerkenswerthen Befund.

Aus der beschriebenen Verletzung muss mit Rücksicht auf die hochgradige Blutarmut des Körpers mangels anderer Ursachen eine grössere Blutung erfolgt sein, welche den Tod zur Folge hatte.

Unter solchen Umständen wurde seitens der Direktion erneute Anzeige an die Kgl. Staatsanwaltschaft gemacht, deren oben erwähnte Erhebungen den geäusserten Argwohn, dass es sich um eine tödtliche Beischlafsverletzung handeln möchte, zur Thatsache gestalteten.

Nach den Erklärungen des Bräutigams selbst können Bedenken, diese Verletzung und Verblutung auf den sexuellen Akt zurückzuführen, nicht mehr erhoben werden.

Zur näheren Erklärung für das Zustandekommen der so folgenschweren Verletzung ist zu erwägen, dass bei Ausführung des Beischlafs das Membrum virile eine falsche Richtung einschlug und so oberhalb des Introitus vaginae einen Widerstand fand. Uebermässige Grösse des Membrum kann nicht beschuldigt werden, da früher ausgeführte Cohabitationen ohne Schädigung ertragen wurden, und ja Scheideneingang und Scheide durch die Schwangerschaft erweitert waren. Ob die stehende Stellung, in der der Coitus ausgeführt wurde, in einen gewissen Zusammenhang mit der „fausse route“ zu bringen ist, muss dahingestellt bleiben, da noch diesbezügliche nähere Einzelheiten nicht bekannt sind. Der Widerstand wurde offenbar durch den Ansturm, der nach vorhergegangenem Zechgelage besonders ungestüm gewesen sein mag, auf dem Wege der Zerreissung überwunden.

Als prädisponirend zu letzterer und zu dem folgenden grossen Blutverluste muss der Zustand vorgeschrittener Schwangerschaft, in dem sich Patientin befand, angesehen werden. In diesem sind die Gewebe der Geschlechtsorgane aufgelockert, die sie versorgenden Gefässe dilatirt, wodurch es leichter zu Verletzungen mit grossen Blutungen kommt.

In der Literatur habe ich unter etwa 170 Coitusverletzungen 21 tödtliche aufgefunden (s. die Zusammenstellung am Schlusse der Arbeit).

Anwendung brutaler Gewalt, Trunkenheit eines oder beider Theilnehmer des Aktes sind öfters als die zufälligen begleitenden Ursachen erwähnt.

Als prädisponirend war von Seiten des Mannes namentlich ein übermässig grosses Membrum zu beschuldigen, von Seiten der Weiber kamen vielfache Momente in Betracht, so das Alter (Kindes-, klimakterisches, Greisen-Alter); ein pathologischer Zustand der Genitalien (durch Hypoplasie, Missbildung, vorausgegangene gynäkologische Operationen, Retroflexio uteri); der schwangere und puerperale Zustand, die Stellung beim Beischlafe.

Der Tod erfolgte durch Verblutung 13 mal, durch Wundinfektion mit nachfolgender Sepsis 7 mal (1 Fall ist zweifelhaft). Die Fälle, in welchem der Tod bei Coitusverletzung nicht durch die Verletzung an sich, sondern auf eine andere gewaltsame Art entstand, scheiden selbstverständlich aus.

Den Ort der tödtlichen Verletzung betreffend finde ich notirt:

Die Scheide in grösserer Ausdehnung 4 mal.
Das hintere Scheidengewölbe 4 mal.
Die linke Scheidenwand 1 mal.
Die rechte Scheidenwand 1 mal.
Das Hymen 1 mal.
Die Harnröhrenmündung und Bulbus clitoridis 2 mal.
Einen Varix der Clitoris 2 mal.
In 2 Fällen hatte der Riss das Peritoneum eröffnet.

In 4 Fällen hatten Denatae das Alter von 12 Jahren noch nicht erreicht, während der Mann bereits Geschlechtsreife erlangt hatte.

2 mal lag Nothzüchtigung vor.

5 mal erfolgte der Tod in der Brautnacht.

Als Komplikation wäre 1 mal Schwangerschaft, 1 mal Hämophilie erwähnt.

Zum Schluss erlaube ich mir Herrn Professor Fürbringer für die gütige Ueberlassung des Falles meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Diemerbröck, Anatomia corporis humani, s. Meissner, die Frauenzimmerkrankheiten. I. Band. Leipzig 1842. p. 461.
Albert, Receuil des memoires de médecine militaire. 1870. Février.
Mueller, Verhandlungen der physikalisch-medizinischen Gesellschaft in Würzburg. N. F. 1873. p. 178.
Tardieu, Attentats aux moers. Paris 1878.
Weltrubski, Wiener med. Blätter. 1883. p. 291. Beobachtung von Cramer.
Bartel, 6 Fälle von Verletzung der Scheide extra partum. Wracz. 1885. p. 324 u. 342.
Dolan, Mord einer kinderlichen Frau, s. Provinc. Journal. 1890. Vol. X. p. 616.
Himmelfarb, Zur Casuistik der Scheidenverletzungen durch Coitus. (Centralblatt für Gynäkologie. 1890. p. 680.)
Eklund, Cas curieux de rupture du vagin pendant le coit. (Lyon. Med. 1891. Vol. LXIV. p. 61.
Haynes, Vaginal hamorrhage from a first coition, septicemia, death. (American Journal of Obstetrics. 1891. Vol. XXIV. p. 680.
Jennings, Case of sexual intercourse with a girl between 11 and 12 years of age, who had no arrived of puberty; rupture of the vagina and death. Calcutta. 1894. Vol. IV. p. 103.
Taylor (s. Strassmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1895. p. 96.)
Eine umfassende Zusammenstellung von Coitusverletzungen:
F. Neugebauer, Venus cruenta violans interdum occidens. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. IX. Heft 2 u. 3.
Simpson, The diseases of women.

Beitrag zur Frage der Errichtung von Asylen für unheilbare Alkoholiker.

Von
Dr. Julian Marcuse-Mannheim.

Professor A. Forel, der bekannte Vorkämpfer der totalen Abstinenz, hat in einer vor Kurzem erschienenen Arbeit in der Revue médicale de la Suisse romande die Frage nach der Errichtung von Asylen für unheilbare Alkoholiker aufgeworfen und in der Beantwortung derselben eine vom neurologischen Standpunkte so ausserordentlich interessante Uebersicht über die psychopathischen Formen und Nüancen des chronischen Alkoholismus gegeben, dass ein näheres Eingehen darauf auch

im allgemein ärztlichen Interesse liegt. Ist es ja doch in den meisten Fällen nur der beamtete Arzt, der forensisch als ausschlaggebender Faktor zur Beurtheilung der mangelnden oder fehlenden Zurechnungsfähigkeit sein Votum abzugeben und zur Begründung desselben ein genaueres Studium des Falles wie des Krankheitsbegriffes vorzunehmen hat: dem praktischen Arzte bleiben im Grossen und Ganzen die Bindeglieder zwischen Alkoholismus und Psychopathie verborgen, und über rudimentäre Anschauungen kommt er kaum hinaus. Und doch ist es von wesentlichstem Werthe, bei einem so weit verbreiteten und so schwere physische wie psychische Konsequenzen ziehenden Uebel, wie es der chronische Alkoholismus ist, die mannigfachen Veränderungen der Gehirnsphäre klinisch zu erfassen und auf Grund dieser Erkenntniss die Aetiologie einer Reihe von psychischen Veränderungen und Störungen genau zu fixiren. Aber auch therapeutisch ist auf diesem an und für sich so unfruchtbaren Gebiet bei Berücksichtigung der ätiologischen Momente doch Manches zu erreichen, kurzum diese schwerwiegende und für den Soziologen nicht minder wie für den Arzt bedeutungsvolle Frage nach den psychischen Schäden des Alkoholismus birgt des Wissenswerthen genug!

Nach einer kulturhistorisch sehr interessanten Einleitung über die frühere Auffassung vom Wesen des Alkoholismus und über die dem Gebiete der Moralphilosophie entnommenen Heilmittel giebt Forel eine Kategorisirung der verschiedenen Arten unheilbarer Alkoholiker. Er unterscheidet vor Allem diejenigen, deren Gehirn weniger widerstandsfähiger war als andere Organe und bei denen die Alhoholintoxikation ein Stadium cerebraler Atrophie mit Schwächung der Willenskraft, des Gedächtnisses, der Gefühle und selbst der Intelligenz erzeugt hatte. Ausser Stande, irgend einen Entschluss zu fassen, trinken sie, sobald sie frei sind und brechen jedes Gelöbniss, das sie eingegangen sind. Einmal atrophirt, regeneriren sich die nervösen Elemente des Gehirns nicht mehr. Hieraus erklärt sich auch die Thatsache, dass das Durchschnittsgewicht des Gehirns solcher Alkoholiker merklich vermindert ist. Eine zweite Kategorie umfasst die unheilbaren Formen alkoholischen Wahnsinns. Während man die erste Kategorie mit dem Namen einfacher alkoholischer Dementia ersten Grades bezeichnen kann, da sie noch eine gewisse Verbindung der Ideen und Handlungen erlaubt, handelt es sich hier um wohl accentuirte Psychosen, um chronische Delirien mit Verfolgungsideen, Halluzinationen etc., die sich festsetzen und dauernd zu einem System sich ordnen (chronisch alkoholische Paranoia). Diese Fälle haben für die vorliegende Betrachtung kein besonderes Interesse, da sie in die Irrenanstalten gehören. Eine dritte Kategorie bilden die Epileptiker, welche trinken. Es handelt sich hier nicht um die rein alkoholische Epilepsie, die durch Abstinenz heilbar ist, sondern um besonders zu klassifizirende Epileptiker, die sich durch ihren gewaltthätigen, aufbrausenden Charakter und durch ihre geschwächte Intelligenz auszeichnen; sie werden sehr oft durch ihre Trunksucht gefährlich und sind äusserst selten heilbar. Es folgen dann viertens die verschiedenen Formen der perversen Sexualkranken, die alle mehr oder minder psychopatisch sind, in extremer Form oft zum Alkoholismus neigen und bei denen ohne Ausnahme der Alkohol die Ausübung des widernatürlichen Geschlechts- oder perversen Aktes ausserordentlich begünstigt. Der Alkohol wirkt hier in zweifacher Hinsicht, zuerst reizt er direkt den genetischen perversen Trieb an, dann lähmt er die Ueberlegung und den Moralsinn. Gelegentliche Heilungen oder Besserungen dieser Individuen bilden eine Ausnahme, die Regel ist Unheilbarkeit. Das Gros der Armee der unheilbaren Alkoholiker bilden jedoch die hereditär Belasteten, die sogen. konstitutionellen Psychopaten und unter ihnen vorzugsweise Diejenigen, die mit einem kongenitalen Defekt ihres Moralsinnes behaftet sind. Der Laie ist geneigt, die geistige Schwäche und ihren höheren Grad, den Idiotismus, für eine rein geistige Krankheit anzusehen. Dies ist ein grosser Irrthum! Die kongenitale unzureichende Beschaffenheit des Gehirns äussert sich ebenso oft in Defekten der Empfindung, des Willens und der Moralsphäre wie in denen der Intelligenz. Im Allgemeinen sind diese Defekte mit einander vergesellschaftet und kombinirt, und bald hat das eine bald das andere das Uebergewicht. Bei den moralischen Idioten herrscht die völlige Trübung der Moralsphäre vor. Mehr oder minder fallen alle Formen der hereditären Psychopatien dem Alkoholismus anheim und gestalten ihre Heilung zu einer sehr schwierigen. Die eine von ihnen, die Dipsomanie, besteht in einer periodischen Trinkneigung und führt unfehlbar zum Alkoholismus, wenn das Individuum nicht zur totalen Abstinenz gelangen kann. Doch ist dieses letztere sehr selten. Lehrreiche Beispiele für alles dieses liefert die Statistik des Asyles von Ellikon. 1896 waren unter 68 in Ellikon aufgenommenen Alkoholisten nur 36, deren Krankheit nicht durch psychische Anomalien komplizirt war; 1897 unter 73 nur 44 etc. Unter den Alkoholikern der Irrenanstalten ist das Verhältniss von Psychopaten und von konstitutionellen und chronischen Irren, also unheilbaren, noch grösser und macht die Mehrzahl der Fälle aus. Blickt man weiterhin auf die Gefängnisse und Korrektionsanstalten, so findet man unter den Rubriken von Gelegenheits- oder Gewohnheitsverbrechern, von Prostituirten, Vagabunden, Bettlern etc. eine Legion von chronischen Alkoholikern aller Art, die man sehr oft völlig verkehrt behandelt. Anstatt sie an die Abstinenz zu gewöhnen und für sie Abstinenzvereinigungen zu bilden, belohnt man sie höchstens mit Wein oder ähnlichem, wenn sie anfangen, sich besser zu führen. Wenn man gewissenhaft das Fazit von allen diesen Thatsachen zieht, so wird man dazu gelangen, nach genauen Ausscheidungen bestimmte Kategorien von Alkoholikern aufzustellen, deren Behandlung oder Hospitalunterbringung vom praktischen Standpunkt aus nothwendig und nützlich erscheint. Immer wird es natürlich Uebergänge zwischen den einzelnen Kategorien geben, und immer wird man die milderen und leichteren Behandlungsmethoden anwenden müssen, ehe man zu den energischen und den Massnahmen der prolongirten oder dauernden Internirung übergeht.

a. Verhältnissmässig leichtere Fälle von Alkoholismus, bei denen die Verpflichtung zu einer Vereinigung totaler Abstinenz für die Behandlung hinreicht. Nie kann man früh genug sich hieran machen, um schwerere Massnahmen zu vermeiden. Man muss daher mit allen Mitteln die Aktion der Abstinenzgesellschaften unterstützen, statt ihnen Hindernisse zu bereiten.

b. Schwerere, aber noch heilbare Fälle, mit oder ohne alkoholisches Delirium, oft mit von Natur aus nicht gerade perverser Psychopatie. Im Allgemeinen sind dies Fälle, wo eine Abstinenzgesellschaft allein für den Anfang nicht ausreicht. Diese Fälle eignen sich für spezielle Alkoholikerasyle. Damit diese Asyle ihren Zweck erreichen, ist es nothwendig, dass ein zuverlässiger, intelligenter und energischer Abstinent an der Spitze steht. Nichts ist absurder als irgend eine unfähige oder schon alte Person, die man versorgen will, an die Spitze zu stellen, dann kann man sicher sein, dass man Fiasko macht. Ferner wird es nothwendig sein, dass, abgesehen von denjenigen, die sich ausdrücklich verpflichten, wenigstens sechs Monate dort zu bleiben, man von Staatswegen und gegen ihren Willen eine Zahl von Alkoholikern kraft gesetzlicher Bestimmungen, wie es in St. Gallen der Fall ist, dort unterbringen kann. Diese Massnahme kann den Fällen entsprechend von einer gerichtlichen Vormundschaft begleitet sein oder auch nich

Es lässt sich dies nicht verallgemeinern; in einigen Fällen wird es nothwendig sein, in anderen wieder nicht. Beim Austritt müssen selbstverständlich diese Alkoholiker in eine Abstinenzgesellschaft eintreten und ihr ganzes Leben abstinent bleiben.

c) Folgen die heil- oder unheilbaren Fälle, die mit sogen Geisteszerrüttung komplizirt sind und die in Irrenanstalten untergebracht werden müssen, sei es temporär (die Heilbaren bis zur Ueberführung in ein Trinkerasyl), sei es für immer (die Unheilbaren). Gewisse Fälle totaler Dementia werden ihr Leben zu Hause beenden können, vorausgesetzt, dass man sie abstinent hält.

d) Es bleiben endlich die entarteten und unheilbaren Alkoholiker, gefährliche Verbrecher oder Bösewichter, die man weder in Freiheit lassen, noch in Trinkerasyle bringen kann, und die in Irrenanstalten sich selbst oder anderen Irren Schaden zufügen. Diese Kategorie hängt mit unseren gesammten sozialen Einrichtungen und Verhältnissen zusammen, und ihre Heilung wird erst dann erreicht werden können, wenn die Möglichkeit der Neuerzeugung derartiger Fälle aufgehoben sein wird. Das Ideal wird also sein, den Genuss jedweden alkoholischen Getränkes in der menschlichen Gesellschaft auszurotten. Dann wird man weder Trinkerasyle nothwendig haben, und man wird auch die Hälfte der Gefängnisse entbehren können. Da dieses Ideal aber noch sehr weit im Feld ist, so wird man auf Massnahmen sinnen müssen, die schon heute die Gesellschaft vor derartigen Individuen schützen. Praktische Erwägungen und Opportunitätsgründe vereinen sich mit natürlichen, um zu verlangen, dass Massregeln getroffen werden gegen unheilbare, gefährliche und allgemein schädliche Alkoholiker, die Stadt und Land als Vagabunden, Bösewichte und brutale Menschen unsicher machen, und die weder in Korrektionsanstalten, noch in Strafanstalten, noch in Irrenanstalten ihren Platz haben. Diese Individuen können auch nicht in Trinkerasyle aufgenommen werden, denn sie bringen die Anderen vom rechten Wege ab und ruiniren den guten Geist und die Disziplin. Wenn man nun diese fraglichen Fälle ohne Voreingenommenheit auf Grund unserer modernen Kenntnisse über die Geisteszerrüttung, und ihre Beziehungen zur Kriminalistik und zum menschlichen Gehirn prüft, so wird man ohne Mühe den Typus des seines Gleichgewichts wie seiner Moral beraubten Psychopaten, des moralischen Idioten, des naturgemässen Verbrechers erkennen, der ein anormales Wesen darstellt, den psychopathisch Minderwerthigen (Koch), mit eng begrenzter Verantwortlichkeit, Individuen, die in Folge meist hereditärer oder kongenitaler Defekte des Cerebrum hart an die Grenzen des Wahnsinns und des Verbrecherthums anstossen. Es ist dies eine ganze Kategorie von durch ihr anormales Gehirn entarteten Individuen, welche unsere Gesellschaft beunruhigen und die wie Bälle zurückgeschleudert werden, weil keine der bestehenden Anstalten sie beaufsichtigen will. Aus dem Gefängniss gehen sie in die Korrektionsanstalt, aus dieser in die Irrenanstalt, von hier in das Trinkerasyl, und sie benutzen diesen Zustand, um jeden Augenblick ihre verbrecherischen Anschläge auf die Menschen auszuüben, indem sie sie täuschen und betrügen, Laster und Entartung überall ausstreuen. Dank der Anarchie und der Schwäche, die gegenüber diesen unglücklichen und schlecht entwickelten Wesen herrschen, entarten sie selbst mehr und mehr und bilden ein ungeheures soziales Uebel. Die allgemeinen Beobachtungen und Erfahrungen über diese Individuen lassen sich in folgenden Sätzen niederlegen: 1. Die eben besprochenen anormalen Wesen haben nicht die volle Freiheit der Handlung und fühlen dies oft selbst. Sobald sie sich im Schooss der Gesellschaft befinden, lassen sie die Schwäche ihres Willens und ihres Verstandes, die Gewalt ihrer Begierden etc. unfehlbar in ihre Laster- und Verbrecherlaufbahn zurückfallen. 2. Sie ertragen den Alkohol nicht, der für sie von schlimmster excitirender Wirkung ist und ihre schlechten Handlungen verstärkt. 3. Unter einer strengen und gerechten Disziplin, die sie zu regelmässiger Arbeit zwingt, ihre Freiheit begrenzt, ebenso wie die sozialen Instinkte ihres Gehirns begrenzt sind, und absolut jeden Alkoholgenuss unterdrückt, gelangt man nach und nach zu grossen Fortschritten ihres Verhaltens. Es ist selbst nicht unmöglich, am Ende von ein oder mehreren Jahren zu einer relativen Heilung zu gelangen, insofern, als man die weniger Kranken und weniger Entarteten der sozialen Freiheit wiedergeben kann dank der Angewöhnung an die Arbeit und dank der alkoholischen Enthaltsamkeit, Begriffe, die langsam angenommen und allmählich fixirt werden. Aber zum Gelingen dieser Resultate gehören Einrichtungen und ein Milieu, in dem diese Gewohnheiten fortgesetzt geübt werden können, ohne zu grosse Versuchungen und schlechte Einflüsse. Aus diesen aufgezählten Thatsachen ergeben sich eine Reihe von Konsequenzen, die schon seit Jahrhunderten hätten gezogen werden müssen, wäre nicht durch vorgefasste Meinungen die Menschheit bethört worden:

1. Der psychopatische Alkoholiker, der anerkannt gefährlich, schädlich und unheilbar erscheint, muss mit den andern Psychopatikern, die sich in demselben Zustand befinden, vereinigt werden. 2. Alle Beide müssen staatlicherseits und gegen ihren Willen einer Beschränkung ihrer Handlungsfreiheit unterworfen werden, einer Beschränkung, die verschiedene Grade und verschiedene Formen umfasst: a) Internirung in ein spezielles, passendes Asyl; b) Vormundschaft; c) Ueberwachung durch die Polizei oder durch eine andere Behörde. 3. Beide müssen totaler Abstinenz von geistigen Getränken unterworfen werden, vor Allem in den Spezialanstalten, welche behördlich verpflichtet werden müssen, jedweden Genuss geistiger Getränke unter ihrem gesammten Personal strengstens zu verbieten. 4. Muss man in Haft diejenigen in den für diese Gattung von Menschen bestimmten Asylen überführen, deren ruchloser Charakter eine gerichtliche Verurtheilung fordert. Man muss also der Internirung einen rein administrativen Charakter verleihen, der dem öffentlichen wie dem individuellen Wohl Rechnung trägt. Die inneren Einrichtungen derartiger Etablissements werden folgende sein müssen: Von der Thatsache ausgehend, dass die Angehörigen der Kategorie, um die es sich handelt, fast alle genügend kräftig und geschickt sind, um nützliche Arbeiten verrichten zu können, dass die Arbeit die Fundamentalbedingung ihres eigenen Wohls ist, während ihre Frevel- und Missethaten in der menschlichen Gesellschaft einen Zustand verursachen, bei dem die Allgemeinheit der arbeitenden Bevölkerung einen ungeheuren Schaden erleidet, ist es nothwendig, für sie zugleich ein ackerbautreibendes und industrielles Asyl mit einem Betriebe auf grosser Stufenleiter in beiden Branchen zu gründen und zwar in der Weise, dass das Asyl im Stande ist, durch die Arbeit seiner Insassen sich selbst zu unterhalten, ohne den Etat des Staates zu belasten. Da ausserdem die Fortpflanzung defekter Individuen und ihrer sexuellen Lasten eine weitere ständige soziale Gefahr bildet, ist es nothwendig, die Geschlechter in den verschiedenen Asylen vollständig zu separiren. Die Entfernungen dürfen aber nicht zu grosse sein, damit die gegenseitigen Arbeitsleistungen — seitens der Männer der Ackerbau, seitens der Frauen das Waschen, Kochen, Flicken etc. — beiden Anstalten zugute kommen.

Für das Detail sind folgende Punkte von Wichtigkeit: A. Jedes Asyl soll in Form von separirten und zerstreut liegenden Pavillons erbaut werden. Jeder Pavillon soll einen speziellen Aufseher haben und nicht mehr wie 50 Pensionäre

im Maximum beherbergen. B. Das Asyl sell auf plattem Land errichtet wer den, so weit als möglich von allen Bevölkerungszentren. C. Die Pavillons müssen entsprechend dem Verhalten der Bewohner eingerichtet werden. Ein besonderer Pavillon soll mit Gefangenenzellen und allen Vorsichtsmassregeln gegen Gewaltthätigkeiten, Verwüstungen und gefährliche Handlungen versehen werden, wie eine Abtheilung gefährlicher Irrer oder Gefangener. Dieser Pavillon ist für gefährliche Individuen bestimmt, ein anderer für fluchtverdächtige, ein dritter zur Isolirung im Falle epidemischer Krankheiten etc. Daneben wird es auch einen möglichst offenen und freien Pavillon für die Internisten geben, die ungefährlich sind, ein gutes Betragen an den Tag legen, für die, die man frei umhergehen lassen kann und bei denen Ueberwachung, Vorschriften, Disziplin und Abstinenz genügen. D. Industrielle Thätigkeit soll mit möglichster Sorgfalt gepflegt werden: Malerei, Schuhmacherei, Schreinerei, Buchdruckerkunst, Flechterei, etc. etc. Ein fachmännisch gebildeter Direktor soll an der Spitze davon stehen. E. Die Leitung des Asyls wird man einem erfahrenen und zuverlässigen Psychologen übergeben müssen, der das Gefühl besitzt, aus der entarteten und gefährlichen Bevölkerung eines solchen Hauses noch einen guten Kern sich herauszuschälen, und der die Mitglieder nach ihren Fähigkeiten und ihren Gefahren zu einen und zu trennen versteht. Von diesem Gesichtspunkt aus werden die separirten Pavillons grosse Dienste leisten, so besonders bei den sexuell perversen Individuen, vor denen man die anderen schützen muss etc. F. Die oberste Aufsicht über diese Asyle soll eine Kommission, bestehend aus Leitern von Irrenanstalten, Strafrechtsvertretern, Direktoren von Gefangenenanstalten und Sachverständigen in der Frage der Alkoholabstinenz führen.

Ein solches Asyl wird einen ungeheuren Fortschritt bedeuten. Gut organisirt und auf der angegebenen Basis geleitet wird man in viel höherem Masse als man von vornherein glaubt, eine grosse Zahl von Heilungen für unheilbar gehaltener Personen mit der Zeit sehen, unter dem Einfluss der Abstinenz, der Ordnung und der Arbeit. Die Zeit, die hierfür nothwendig ist, wird in den günstigsten Fällen ein oder mehrere Jahre betragen. Das Wichtigste in der Gegenwart ist es, ein Asyl zu gründen, wie man Asyle für heilbare Trinker gegründet hat. Das Weitere wird von selbst folgen. Aber hierzu ist die Unterstützung des Staates unerlässlich.

Simulation im Bahnbetriebe mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten „traumatischen Neurose".

Von

Dr. **Rudolf Wagner**-Speldorf b. Mülheim a. d. Ruhr.

(Schluss.)

Von Oppenheim besonders betont werden die Anomalien der Sensibilität und der Sinnesfunktionen.

Schmerz tritt am Orte der Verletzung, oder bei mit allgemeiner Erschütterung verbundenen Eisenbahnunfällen besonders in der Rücken-, Kreuz- und Lendengegend auf.

Nun kann gerade Schmerz nicht simulirt werden. Seeligmüller theilte auf dem zehnten internationalen Kongresse einen Fall mit, in welchem ein Verletzter, der über grosse Schmerzen bei Druck aufs Kreuz klagte, auf der scharfen Kante eines Eisstückes in einem untergeschobenen Eisbeutel ohne jede Beschwerde lag, obgleich diese Kante gerade an der schmerzhaften Stelle eine tiefe Furche machte.

Von ganz besonderer Wichtigkeit ist es, während die Aufmerksamkeit abgelenkt wird, einen Druck auf die schmerzhafte Stelle auszuüben und zu beobachten, welche Wirkung dieser hat, ob Abwehrbewegungen oder Schmerzensäusserungen eintreten.

Zur Feststellung einer vorhandenen Druckschmerzhaftigkeit bedient sich Georg Müller in Berlin des doppelten Fingerdrucks, indem er dabei von der durch Weber festgestellten Thatsache ausgeht, dass an verschiedenen Körperstellen zwei berührte Punkte, sei es, dass die Berührung mit den Spitzen eines Tasterzirkels, sei es mit den Spitzen zweier Finger geschieht, nur dann als zwei Punkte empfunden werden, wenn sie eine gewisse, für jede Körperregion ganz bestimmte Entfernung innehalten, während sie innerhalb derselben nur als ein Punkt empfunden werden.

Diese Thatsache lässt sich zur Feststellung fixirter Druckschmerzen vortrefflich verwerthen.

„Handelt es sich darum, ob eine auf dem Rücken als auf Druck schmerzhaft angegebene Stelle wirklich schmerzhaft ist oder nicht, so setzt man zunächst vier Centimeter von dieser Stelle entfernt den einen Finger auf und auf die angeblich schmerzhafte Stelle den anderen Finger und übt mit dem ersteren einen kräftigen Druck aus. Auf die Frage, ob dies schmerze, erhält man eine verneinende Antwort; nun übt man mit dem anderen Finger allmählich einen stärkeren Druck aus, lässt aber in demselben Masse mit dem Druck des anderen Fingers nach und hebt ihn schliesslich ganz ab. Dieser ganze Vorgang ist, wenn er mit einiger Geschicklichkeit ausgeführt wurde, dem Patienten nicht zum Bewusstsein gekommen, zumal wenn man die zwischen den beiden Punkten liegende Region mit der anderen Hand streicht oder kitzelt. Sind die Schmerzen nur fingirt, so wird der Patient auch jetzt, wo die vorher als schmerzhaft angegebene Stelle gedrückt wird, aussagen, dass er keine Schmerzen empfinde, da er immer noch der Meinung ist, dass die andere als schmerzfrei angegebene Stelle gedrückt wird. Hat er aber thatsächlich an dieser Stelle auf Druck Schmerzen, so wird der Schmerz und das Schmerzbewusstsein doch ausgelöst, auch wenn die Berührung der schmerzhaften Stelle nicht zum Bewusstsein kommt."

Handelt es sich nicht um abgegrenzte Bezirke oder Punkte, sondern um grössere Regionen, so sucht man sich einzelne als besonders schmerzhaft bezeichnete Punkte auf und verfährt in derselben Weise. Sind solche Punkte nicht aufzufinden, so muss man zunächst die Grenzen der angeblichen Schmerzhaftigkeit, feststellen und an der Peripherie dieses Schmerzgebietes die angegebene Probe machen. Auf diese Weise kann man sogar den Patienten von der Unwahrheit seiner Angabe ad oculos überführen.

Für wirklich vorhandenen Schmerz spricht es, wenn bei Druck auf die schmerzhafte Stelle Pulsbeschleunigung auftritt, was Rumpf und Mannkopf oft, andere hingegen sehr selten beobachteten.

Die Realität abnormer Empfindungen, die selten geklagt werden, dürfte schwer zu beweisen sein, desgleichen das wirkliche Bestehen der im Bereiche der Sinnesorgane vorhandenen Parästhesien. Auch Geschmacks- und Geruchsstörungen lassen sich simuliren.

Ebenso sind Lichtscheu und Blendungsgefühl, wie Krampf im Orbicularis palpebrarum gewiss meist reell; sie können aber auch imitirt werden. Die Benutzung des faradischen Pinsels zur Feststellung wirklich vorhandener Anästhesie, die von manchen, so Schulze in Bonn, Seeligmüller, Hitzig empfohlen wird, hält Oppenheim für bedenklich. Während andere, wenn da, wo Nadelstiche nicht empfunden werden, Schmerzensäusserung bei Anwendung stärkerer faradischer Ströme erfolgt, Simulation als sicher betrachten, hält es Oppenheim für recht wohl möglich, dass dann, wenn ein ein-

zelner Reiz nicht empfunden wird, eine Summation von Reizen schmerzhafte Senationen doch noch zu erregen vermag.

Ganz besonderes Gewicht legt Oppenheim auf die Sehstörungen, besonders auf eine konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes von mässiger Intensität. Die Einengung betrifft besonders die Farben; für weiss pflegt sie weniger deutlich zu sein. Schulze, Hoffmann (Heidelberg) und Mendel haben dagegen Gesichtsfeldeinschränkungen sehr selten gesehen. Mendel will sogar in einem Theil der Oppenheimschen Fälle, wo dieser Gesichtsfeldeinschränkung konstatirte, keine solche gefunden haben.

Auch hier ist von verschiedenen Seiten behauptet worden, dass Simulation möglich sei. Auch sind die Angaben der Patienten oft schwankend und wechseln zu verschiedenen Zeiten, so dass der Werth des Symptoms anfechtbar ist. Schulze fand, dass Simulanten das Gesichtsfeld auf grössere Entfernung kaum grösser angaben, und schloss deraus auf Simulation. Oppenheim bestreitet jedoch, dass, selbst wenn dies der Fall sein sollte, nothgedrungen Simulation vorliegen müsse. Bei sorgfältiger Nachprüfung, auch bei Leuten, die simulirten, fand er erhebliche prinzipielle Unterschiede zwischen dem Befund bei wirklicher traumatischer Neurose und Simulation. Bei letzterer war das perimetrische Bild insofern anders, als die Gesichtsfelder für roth, grün und blau unregelmässig ineinander griffen und dabei sektorförmige Ausschnitte zeigten.

Das war bei wirklich nach seiner Meinung kranken Fällen niemals der Fall. Herr Kollege Peretti stellt in einem Fall meiner Beobachtung, wo neurasthenische Erscheinungen in Folge Eisenbahnunfalls auftraten und über Abnahme des Sehvermögens geklagt wurde, eine deutliche Einengung des Gesichtsfeldes für grün auf einem Auge fest.

Bezüglich der Gehörstörungen ist besonders zu betonen, dass der Nachweis, dass dieselben rein funktionell sind, oft recht schwierig ist.

Wichmann theilt einen Fall mit, in dem sich später feststellen liess, dass Beschwerden dieser Art, welche der Patient auf den Unfall zurückführte, schon lange vorher bestanden hatten. Der Nachweis der Simulation liess sich dann auch für die übrigen Erscheinungen erbringen.

Bezüglich der von Oppenheim so hervorgehobenen Anästhesien, namentlich auf der Seite des Traumas, aber auch der Hyperästhesien ist zu betonen, dass Oppenheim, selbst wenn sich durch konsequente Beobachtung nachweisen lässt, dass ihr Sitz nicht immer konstant ist, dass kurz nach einander Stellen bald als empfindlich, bald als unempfindlich bezeichnet werden, daraus noch keineswegs immer auf Simulation schliesst. Sind auch sonst hysterische Symptome vorhanden, so kann der Wechsel der Empfindungsfähigkeit unter Umständen durch die Hysterie bedingt sein.

Ferner sind in jedem Falle materielle Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks auszuschliessen. Die Form der Anästhesie und der Umstand, dass sie sich weder an dem Ausbreitungsbezirk eines peripherischen Nerven hält, noch in ihrer örtlichen Verbreitung der Lokalisation, wie sie bei den materiellen Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks gefunden wird, entspricht, giebt hier einen Wegweiser.

Ganz besonders schwierig liegen die Verhältnisse, wenn mit den funktionellen sich wirkliche organische Störungen verbinden, die sogenannten formes superposées Chorcots vorliegen.

Auch Syringomgelie ist in jedem Falle sorgfältig auszuschliessen.

Widersprüche in dem Sensibilitätsbefunde werden von den Einen, wie erwähnt, stets auf Simulation zurückgeführt und sicher meist mit Recht. Nach Oppenheim kann jedoch die erhöhte seelische Erregbarkeit und Schreckhaftigkeit „die Ursache sein, dass ein Individuum beim plötzlichen Stoss gegen eine Stelle, die sich eben noch bei Prüfung mit Nadelstichen als schmerzunempfindlich erwiesen hatte, wie vor Schmerz zusammenfährt."

Hofmann (Heidelberg) glaubt einen Simulanten, der vorher Anaesthesie der Armhaut angab, dadurch entlarvt zu haben, dass, als er plötzlich das Handgelenk ergriff, und frug, wo habe ich Sie jetzt? die Antwort: „am Handgelenk" erfolgte.

Auch der ja leicht für Simulation verwerthbare Fall, dass Jemand bei geschlossenen Augen bei der Gefühlsuntersuchung etwa den Ausspruch thut: „hier fühle ich nicht" oder „jetzt habe ich nichts gefühlt", während eben der Ausspruch beweist, dass er doch etwas gefühlt hat, kann unter Umständen nur auf Ungeschicklichkeit im Ausdruck zurückzuführen sein; der Betreffende wollte sagen, dass er Etwas undeutlich emfinde. Auch bei Tabikern, wo es sich um Erlangung irgend eines Vortheiles absolut nicht handelt, kann Aehnliches beobachtet werden.

Die Anomalien, die an den Sehnen- und Hautreflexen beobachtet werden, unterliegen schwerlich willkürlicher Beeinflussung; nur dürfte die Frage, ob sie nicht schon vor dem Unfalle bestanden, bei in ihrem Nervensystem alterirten Personen oft von Wichtigkeit sein.

Eine sehr bedeutende Rolle spielen nach Oppenheim Motilitätsstörungen. Allgemeine Muskelschwäche, Rückensteifigkeit bei Bewegungen, Schwerfälligkeit hierbei werden sehr oft beobachtet. Aber gerade hier ist der Uebertreibung und Simulation Thür und Thor geöffnet. Wenn Oppenheim sagt, man sähe häufig, wie der Kranke aufgefordert, die Hand kräftig zu drücken, die Schultermuskeln, die Ellenbeuger, die Strecker der Hand gleichzeitig anspanne, und so die Kraft vergeude, welche er auf die Beugung der Hand und Finger verwenden solle, so hat er sicher Recht, hinzuzufügen, dass diese Manipulationen den Verdacht bewusster Täuschung erwecken.

Einem Beobachter gelang es einmal, einen Simulanten, der behauptete, den Arm nicht über die Schulter heben zu können, durch die Frage: „und wie hoch konnten Sie ihn früher heben", hineinzulegen. Der Betreffende entgegnete: „so hoch" und hob dabei den Arm senkrecht in die Höhe. So leicht wird es dem Arzte indess selten gemacht. Blasius gelang es nur durch geheime Kontrolle in einem ähnlichen Falle den Nachweis der Simulation zu erbringen, nachdem einige bekannte Spezialisten für Nervenkrankheiten in Berlin sich hatten täuschen lassen.

Auch über die Frage, ob bei längerem Bestande einer funktionellen Lähmung Atrophie der Muskulatur sich unbedingt entwickeln müsse, was man eigentlich annehmen sollte, sind die Ansichten nicht völlig geklärt.

Ein Superarbitrium der Königlichen wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 19. Dezember 1888, also aus einer Zeit allerdings, als alles unter dem frischen Eindruck der Oppenheim'schen Broschüre stand, von Bergmann erstattet, nahm bei einem Bremser, welcher von den hervorragendsten Chirurgen, wie v. Volkmann und König, für einen Simulanten erklärt war, besonders auch deshalb, weil das angeblich steife, unbrauchbare und gelähmte Glied im Verlaufe einer langen Zeit keine organische Veränderungen aufwies, traumatische Neurose an, obwohl nur eine geringe Umfangsdifferenz zwischen dem kranken und dem gesunden Gliede bestand.

Es leuchtet ja auch ein, dass wenn keine völlige Lähmung, sondern nur eine Parese besteht, und diese in von der

seelischen Verfassung vielfach abhängiger wechselnder Intensität, Atrophie auch bei langem Bestande ausbleiben kann. Immerhin ist ihr Ausbleiben aber ein verdächtiges Symptom, das nur im Zusammenhang mit allen anderen Erscheinungen richtig beurtheilt werden kann.

Wenn die Uebertragung des bewussten Willens auf eine Bewegung gestört ist, so kann nach Oppenheim doch dieselbe Bewegung unwillkürlich vielfach ausgeführt werden. Hier berührt sich die Hysterie mit der Simulation, so dass oft ein sicherer Entscheid, was hiervon vorliegt, ganz unmöglich wird und der Arzt einfach ein: non liquet aussprechen muss.

Ein Beweis mehr für die Reellität der funktionellen Lähmung ist es jedenfalls, wenn das betreffende Glied in Folge von Gefässlähmung dauernd cyanotisch und kalt wird.

Was ferner die grobe Kraft anbelangt, so hat z. B. Golubiewski in mehreren Fällen gefunden, dass, obwohl über Herabsetzung derselben von Patienten geklagt wurde, die dynamometrische Untersuchung am kranken und gesunden Gliede gleiche Verhältnisse ergab. Hier kann also das Schwächegefühl, wenn es überhaupt vorhanden, nur eingebildet gewesen sein.

Die Herkunft einer vorhandenen Kontraktur zu erweisen, ist deshalb schwer, weil die Kontraktur der funktionellen Neurose mit der auf organischer Grundlage beruhenden die Eigenschaft gemein hat, im Schlafe zu schwinden oder nachzulassen und auch die Untersuchung in der Chloroform-Narkose keine sichere Unterscheidung bedingt.

Während die von Oppenheim angegebenen, die pathologische Gangart betreffenden Erscheinungen, besonders die Steifigkeit und Vornübergeneigtheit des Rückens, die starke Dyspnoe und abnorme Pulsbeschleunigung beim Gehen, leicht auf Täuschung beruhen können, da gerade die Durchführung der pathologischen Haltung abnorme Anstrengungen bedingen kann, während auch das Nachschlürfen des auswärts rotirten Beines, das Oppenheim so oft fand, sich leicht imitiren lässt, wird dagegen sogar von einem so scharfen Gegner Oppenheims wie Schulze in Bonn dem Zittern eine grosse diagnostische Bedeutung beigelegt. Wenn dieses Symptom vorhanden ist, auch wenn die Kranken sich unbeaufsichtigt glauben oder wenn sie ganz sicher nicht sich in erregtem Zustande befinden, so ist es von bedeutendem Werth und spricht durchaus gegen Simulation.

Lässt es sich aber nur während der Untersuchung des Gutachters erkennen und wirkt nach der Entblössung der Haut auch noch eine kühlere Temperatur ein, so bleibt es von zweifelhaftem Werth.

Oppenheim selbst giebt an, dass die leichteren Grade des Zitterns auch bei Gesunden unter dem Einfluss von Affekten vorkommen können und nur höhere Grade desselben für die Diagnose verwerthbar sind.

Wenn das Zittern bei abgelenkter Aufmerksamkeit schwindet oder geringer wird, so ist dies kein unbedingter Beweis für Simulation, wie leicht angenommen werden könnte; dieselbe Erscheinung beobachtet man auch bei echter Paralysis agitans. Auch ist zu bedenken, dass das Zittern sich nicht in jedem Muskel imitiren lässt. Im Triceps und pectoralis major kann es sicher nicht leicht simulirt werden.

Was das sogenannte Rumpf'sche Symptom, das Auftreten „von eigenthümlichen fibrillären Zuckungen, welche dem ständigen Wogen eines Aehrenfeldes im Winde gleichen sollen“, betrifft. — dasselbe beobachtete Rumpf in den meisten seiner Fälle (6 von 10 im Beinnervengebiete) — so ist es auffallend, dass andere Beobachter das Symptom fast gar nicht fanden. Rosenthal vermochte unter 49 Fällen der Mendel'schen Poliklinik es nur in 5 Fällen, in zweien hiervon auch nur beschränkt durch tetanische Kontraktion des Muskels, besonders des m. quadriceps zu erzeugen. Auch Schetze und Hoffmann haben das Rumpf'sche Symptom fast nie gefunden.

Wenn Oppenheim ferner den Ausfall einfacher oder kombinirter Bewegungsacte anführt, so dürfte gerade hier Simulation sehr leicht vorhanden sein. Oppenheim schliesst sie freilich aus.

Er sagt: „Einer meiner Kranken war nicht im Stande, auf Geheiss die Zunge herauszustrecken, er sperrte den Mund weit auf, spannte die Knochen und Halsmuskulatur übermässig an, das Gesicht rötete sich, der Kopf gerieht ins Zittern, aber die Zunge blieb hinter den Zähnen; er gerirte sich etwa wie Jemand, der mit aller Macht die betreffende Bewegung hemmt. Und doch wurde beobachtet, dass ein andermal, als es mehr zufällig und unbewusst geschah, die Zunge vollständig hervorgestreckt wurde.“

Ein sehr wichtiges positives Zeichen, auf das Oppenheim in seiner späteren Broschüre, in der er sich gegen die ihm zu Theil gewordenen Angriffe vertheidigt, besonders beruft, ist das Auftreten einer zumal bei mittlerer Beleuchtung oder selbst im Halbdunkel hervortretenden Pupillendifferenz, die z. B. in einem zweifelhaften Falle ganz allein die Annahme einer Simulation ausschliessen liess.

Von ganz spezieller Bedeutung, weil Oppenheim gerade auf sie besonderen Werth legt, während seine Gegner auch hier vielfach kein objektives Moment anerkennen, sondern subjektive individuelle Erregung annehmen, sind die Störungen im Bereich des Herz- und Gefässnervensystems.

Die blaurote Verfärbung der erkrankten Extremität, die sich bis zur urticaria facticia steigernde fleckweise Rötung der betreffenden Körperhälfte, das Auftreten localer Rötung auf leichte Hautreize sind zum Theil wenigstens Zeichen, wie sie auch bei Hysterie ohne vorangegangenen Unfall vorkommen können.

Oppenheim bezeichnet auch die vielfach, wenn auch keineswegs ausschliesslich gemachte Beobachtung vermehrter Pulsfrequenz als ein objektives Zeichen in seinen Fällen, während seine Gegner die stete Objektivität dieser Erscheinung bezweifeln und sie vielfach auf psychische Erregung bei vorhandener Neurasthenie, zum Theil auch auf Arteriesclerose und auf Furcht vor Entlarvung bei Simulanten zurückführen. Indess ist zu beachten, dass einmal das Zeichen vielfach fehlt, z. B. in den meisten Schulze'schen Fällen, dass ferner ein Beweis für einen wirklichen pathologischen Zustand bei Ausschluss einer organischen Herzerkrankung ohne oder mit Einwirkung des Unfalls dann wohl vorliegt, wenn die Pulsfrequenzvermehrung, die 40—60 Schläge in der Minute betragen kann, konstant sich jeder Zeit, z. B. auch während des Schlafes, nachweisen lässt. Auf die subjektiven Gefühle des Herzklopfens, der Angst und Beklemmung möchte dagegen nicht allzu grosser Werth zu legen sein.

Die Rumpf'sche sogenannte traumatische Herzreaktion, d. h. ein Emporschnellen der Pulsfrequenz bei Druck auf den oder die vorhandenen Schmerzpunkte ist leider bei Nachprüfungen lange nicht so oft wie in Rumpf's Fällen konstatirt worden. Rosenthal fand sie unter 39 nur 1 mal ausgeprägt. Es widerlegt sich also von selber, wenn Rumpf gar aus dem Fehlen der traumatischen Reaktion auf Simulation schliessen will. Andrerseits wurde das Symptom auch bei organischen Leiden beobachtet. Wichtig wäre in jedem Falle der leider nur selten zu führende Nachweis, dass Herz und Gefühlapparat früher intakt waren. In mehreren von Cronthal und Sperling berichteten zur Sektion gelangten Fällen traumatischer Nervenerkrankung waren histologische Verände-

rungen des Gefässsystems nachweisbar. Es muss ferner in jedem Falle ausgeschlossen werden, dass, wie es bei Leuten mit erregbarem Herzen vorkommt, auch bei Druck auf nicht schmerzhafte Stellen Vermehrung der Pulsfrequenz auftreten kann, da Simulation und erregbares Herz sich wie gesagt oft verbinden oder einander bedingen.

Die noch weiter von Oppenheim erwähnten selteneren trophischen Störungen, Verdauungsanomalieen, Zeichen nervöser Dyspepsie, die gelegentlich beobachtete Harnverhaltung und Incontinenz, sowie die Störungen im Bereiche der Geschlechtssphäre beruhen z. Th. ganz auf subjektiven Angaben, z. Th. sind sie wenig charakteristisch oder auch organische Erkrankungen lassen sich so wenig ausschliessen, dass sie hier nicht weiter in Betracht kommen.

Selbst in den Fällen, in denen es nur im Bereich der Gesammtheit der Symptome gelang, den Beweis der Simulation oder bedeutenden Uebertreibung für einzelne zu erbringen, ist aber noch keineswegs — und sehr oft ist dieser Fehler in Gutachten gemacht worden — der Beweis für die Simulation der Gesammtheit der Erscheinungen geliefert. Oppenheim sah einen für einen Simulanten früher erklärten, später unzweifelhafte Zeichen schwerer Erkrankung darbieten und durch Suicidium enden.

Die Häufigkeit der Simulation in Fällen neurotischer Erscheinungen nach Trauma wird auffallend verschieden angegeben, je nach dem Standpunkt des Einzelnen zu der ganzen Frage. Während z. B. sowohl Hofmann (Heidelberg) wie Seeligmüller unter 24 Beobachtungen 8 Simulanten hatten, konnte Hitzig unter 150 Fällen nur 2, Oppenheim unter 76 3 auffinden.

Es bedarf in jedem Falle der exaktesten Untersuchung mit sorgfältiger Berücksichtigung der Anamnese und der vor dem Unfall etwa vorhandenen Erkrankungen, um hier gerecht zu verfahren.

Keineswegs darf man sich, wo dies oder jenes der Oppenheimschen Symptome vorliegt, verleiten lassen, nun sofort das bequeme Auskunftsmittel des Wortes „traumatische Neurose“ zu gebrauchen und daraufhin leichthin Erwerbsunfähigkeit zu erklären. Eben so sehr aber muss man sich hüten auch bei Verdacht auf Simulation, wenn nicht bei einzelnen Angaben die Unwahrheit sich hat erweisen lassen, die anderen nicht direkt widerlegbaren aber rein subjektiv sind, nun Simulation in toto ohne weiteres als sicher zu betrachten.

Simulation in toto wird doch immer nur ausnahmsweise festgestellt werden können schon in Anbetracht des Umstandes, dass meist Kombinationen mit Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, vorliegen, die zuweilen sehr wenig objektive Erscheinungen bieten.

Häufiger dagegen wird ein: non liquet auszusprechen, event. längere Behandlung und Beobachtung in geschlossener Anstalt immer von neuem nothwendig werden.

Wie schwer ist es oft die Grenze festzustellen, wo wie Möbius die Hysterie definirt, die durch Vorstellungen hervorgerufene Krankheit, sei sie Motilitäts-, Sensibilitäts- oder sensorielle Störung, anfängt, und wo die durch bewusste Vorstellungen vorgeschützte Krankheit beginnt.

Ich komme zum Schluss und möchte hier in wenigen Worten resumiren, wohin mich die Untersuchung leider nur etwa eines halben Dutzends eigener Fälle, aber besonders das Studium der gesammten Litteratur des Gegenstandes geführt hat.

1. Das Symptomenbild der Oppenheim'schen traumatischen Neurose zeigt sowohl Störungen, die auf rein subjektiven Angaben beruhen können, wie auch unzweifelhaft objektive Symptome, die, wenn sie vorhanden sind, und organische Komplikationen sicher ausgeschlossen werden können, für die Diagnose einer funktionellen Erkrankung nach Unfall in Betracht kommen.

2. Da jedoch jedes auch der objektiven Symptome allein nicht charakteristisch ist, sondern ausfallen kann, da kein einziges in jedem Falle unbedingt vorhandenes nie fehlendes Symptom der traumatischen Neurose existirt, so kann es auch keine spezifische Krankheit geben, welche den Namen „traumatische Neurose“ zu führen berechtigt wäre.

3. Dennoch kann, vorausgesetzt, dass man nur einen mehr oder minder variablen Symptomenkomplex, bei dem jedoch ein Schein besonderer psychischer und funktioneller Störungen hervorragend häufig beobachtet werden, darunter versteht, der Name „traumatische Neurose“ in der Praxis beibehalten werden.

4. Es muss jedoch in diesem Falle nachgewiesen werden, dass die psychischen Symptome sich aus einer Mischung von Neurasthenie, Hysterie, unter Umständen auch Hypochondrie zusammensetzen und dass einige der von vornherein angegebenen Zeichen im Bereiche der Sensibilität, Motilität, der Reflexe, der Herzaktion als wirklich objektiv bestehend bewiesen werden können, um Simulation sicher auszuschliessen.

Wo reine Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie traumatischen Ursprungs besteht, wird das Wort traumatische Neurose besser durch diese Bezeichnungen ersetzt.

Was die Feststellung der Simulation endlich betrifft, so wird in den einfacheren Fällen der behandelnde Arzt hierzu recht wohl in der Lage sein, da er die Glaubwürdigkeit des Individuums entweder kennt oder sich leicht über dieselbe zu informiren im Stande ist.

Anders liegt die Sache bei den schwereren Fällen. Oppenheim giebt zwar an, fast stets in der Lage gewesen zu sein, die Diagnose nach kurzer Untersuchung in der Poliklinik bereits zu stellen, so dass die spätere klinische Beobachtung nur zur besseren Begründung des Gutachtens diente. Indess würde hierzu eine aussergewöhnliche Uebung in den Untersuchungsmethoden gehören und Seeligmüller Mendel, Schulze, Hofmann und Andere fordern unbedingte Anstaltsbeobachtung.

Seeligmüller will sogar im Gegensatz zu Hitzig an der Hallenser Nervenklinik besondere Unfallkrankenhäuser nur für Entlarvung der Simulation haben, da in den anderen Kliniken diesen Kranken, die zudem selten isolirt werden, die nöthige Aufmerksamkeit meist nicht zu Theil zu werden pflegt. Von anderer Seite, z. B. von Mendel und Hitzig sind hiergegen Bedenken erhoben worden. Der Eine meint sogar, dass hier geradezu Hochschulen der Simulation geschaffen werden könnten, da völlige Isolirung sich doch nicht durchführen liesse. Der Andere macht besonders auf die hohen Kosten aufmerksam, die durch den Wegfall einer Anzahl an Simulanten zu zahlender Renten nicht aufgewogen würden.

Jedenfalls erscheint es unbedingt unzweckmässig, dass ein derartiges Krankenhaus nur für an traumatischer Neurose Leidende und Simulationsverdächtige angelegt wird. Der Chefarzt wird, wie von Einer Seite mit Recht bemerkt wird, sonst zum Grossinquisitor, und leicht wird von vornherein mit einer gewissen Voreingenommenheit jedem Kranken gegenübergetreten, der nothwendig misstrauisch und ängstlich wer-

den muss, was, wenn er wirklich krank, ihn nur ungünstig beeinflussen kann.

1894 machte Berlin den Anfang mit berufsgenossenschaftlichen Krankenhäusern; andere derartige Anstalten folgten. Da hier zugleich rationelle Behandlung in Verbindung mit Medico-Mechanik stattfindet, da nicht nur nervöse, sondern auch sonstige Unfallkranke Aufnahme finden, die unkomplizirte organische noch reparable Störungen aufweisen, so wirken diese Krankenanstalten, wenn sie auch als „Rentenquetschen" sich keiner grossen Popularität erfreuen, doch überaus nützlich.

Es sei mir zum Schluss noch gestattet, aufmerksam zu machen auf das Dilemma zwischen seinem ärztlichen und menschlichen Empfinden, in das der Arzt bei diesen ganzen Fragen so oft gelangt, und das Professor Albin Hofmann in Leipzig mit folgenden trefflichen Worten kennzeichnet:

„Aus solchem Zwiespalt hilft nicht Gelehrsamkeit heraus, da bedarf es einer höheren Klarheit, als die in den Handbüchern über spezielle Pathologie und Therapie steht. Der Charakter wird zu einem massgebenden Faktor bei der Beurtheilung, und in welchem ist immer die richtige Mischung von Milde und Zorn, von Strenge und Humanität vorhanden, um das rechte Wort an rechter Stelle zu sprechen? Aber der Arzt muss es zuerst und vor allen anderen an hervorragender Stelle. Dessen soll er stets eingedenk sein."

Referate.

Psychiatrie und Neurologie.

Skoliose und Nervenleiden.

Von Prof. Oppenheim - Berlin.
(D. Ae.-Z. 1900 H. 2.)

Der aphoristisch gehaltene Aufsatz regt zum Studium verschiedener bisher minder gewürdigter Beziehungen zwischen Rückgrats-Verkrümmung und Nervenleiden an. Nur kurz erwähnt werden die schon genauer durchforschten Skoliosen bei Lähmungen, Spannungszuständen, Dystrophie, bei Hysterie u. dgl., bei einer Anzahl Hirnkrankheiten und der Friedreich-schen Krankheit. Es folgen einige Bemerkungen zur Frage des Zustandekommens der Verkrümmung bei Höhlenbildung im Rückenmark (trophische Störung in den Knochen oder Lähmung der Rückenmuskeln?). Eingehender wird erörtert, ob die Skoliose durch unmittelbare Wirkung auf Rückenmark und Nervenwurzeln zu Krankheitserscheinungen führen kann. O. ist überzeugt, dass insbesondere die Zerrung der hinteren Wurzeln, auch wohl die Annäherung der Rippen an den Darmbeinkamm Neuralgieen herbeiführen kann. Für sehr bemerkenswerth erklärt er die angeborenen oder sehr früh erworbenen Wirbelsäulenverkrümmungen. Die mit ihnen behafteten Menschen haben eine hervorragende Veranlagung für nervöse und seelische Erkrankungen. Ein mitgetheilter Fall betrifft ein Mädchen mit schwerer, sehr früh entstandener Kyphoskoliose und verdoppelter linker Brustwarze, bei dem sich folgende Krankheitserscheinungen entwickelt haben: Muskelspannung und lähmungsartige, zumeist die Adduktoren und Fussmuskeln betreffende Schwäche in beiden Beinen, vorwiegend im rechten, langsam vorschreitend, Taubheitsgefühl, Aufhebung der Schmerzempfindung am linken, Abschwächung am rechten Bein, undeutliche Empfindung von warm und kalt, Verstärkung der Reflexe (Fussklonus), später Blasenlähmung. Hier liegt eine Höhlenbildung wahrscheinlich im unteren Brustmark vor, die nachweislich später als die Skoliose entstanden ist. Es können also auch diese beiden krankhaften Zustände einander nebengeordnet bestehen, nämlich als angeborene Entwickelungsstörungen bezw. als Folgen von solchen.

Ueber absolute Pupillenstarre bei hysterischer Psychose; angebliche Atropinvergiftung.

Von Dr. S. Kolben, k. k. Polizeiarzt in Wien.
(Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 49, 1899.)

Der im Nachstehenden kurz skizzirte Fall von hysterischer Psychose bietet, abgesehen von dem bei Hysterie bisher noch nicht beobachteten Symptom der absoluten Pupillenstarre, insofern besonderes Interesse, als die Krankheitserscheinungen (erweiterte starre Pupillen, Gefühl der Trockenheit im Halse, Pulsbeschleunigung, Verwirrtheit) die Diagnose einer Atropinvergiftung recht nahe legten. Die Anamnese ergab, dass die Kranke, ein 34jähriges Mädchen, welche die erwähnten Symptome seit einigen Stunden darbot, vorher häufig über Magenschmerzen geklagt, häufig erbrochen und in Folge dessen wenig Nahrung zu sich genommen habe. Gegen die Schmerzen war bereits einige Tage vorher von anderer ärztlicher Seite eine Morphiumlösung (0,04 : 10,0 Aq. laurocerasi) verordnet worden, von welcher die Kranke bis dahin täglich etwa 0,002 g genommen hatte. Schon dieser Umstand sprach trotz der auffallenden Symptome gegen eine Atropinvergiftung, die auch durch die chemische Untersuchung der verordneten Medizin ausgeschlossen werden konnte. Eine Verwechselung in der Apotheke hatte demnach entgegen der Annahme des ersten Arztes nicht stattgefunden. Uebrigens fehlte auch der für Atropinvergiftung charakteristische rauschartige Zustand mit seiner Heiterkeit, seinen lebhaften Hallucinationen, die heisse geröthete Haut, die schwere Bewusstseinsstörung. Nach Ausschluss anderer Krankheitsbilder kam Verf. auf Grund sorgfältiger Untersuchung zu der Diagnose einer hysterischen Psychose; die Richtigkeit dieser Annahme wurde durch den weiteren Verlauf der Krankheit auch bestätigt. Die Kranke konnte nach 7tägiger Anstaltsbehandlung als gesund entlassen werden. —y.

Der epileptische Wandertrieb (Poriomanie).

Von Dr. Jul. Donath, Univ.-Doz., ordin. Arzt des St. Rochus-Spitals in Budapest.
(Arch. f. Psych. 1899 Bd. 32 H. 2.)

Verf. bringt die Krankengeschichten dreier Personen, denen Eines gemeinsam ist: Periodenweise erfasst sie ein Trieb ins Weite, dem sie nicht widerstehen können, sie treiben sich dann eine Zeit lang, unbekümmert um ihre Pflichten, in Nähe und Ferne herum, im Beginn des Wanderns sind sie wohlgemuth, nach der Rückkehr reuevoll und traurig bis zur Verzweiflung. Während des Anfalls begehen sie verschiedene Unredlichkeiten. Die Erinnerung an den Anfall ist bei zweien dieser Kranken lückenlos, bei dem dritten theilweise verschwommen und selbst erloschen. Einer der Kranken ist erblich belastet und hat als Kind eine schwere Gehirnentzündung durchgemacht, einer hat eine ernste Kopfverletzung erlitten. Der Dritte, bei dem die erblichen Verhältnisse nicht recht zu ermitteln sind, ist von je her ausgesprochen sonderbaren Wesens, während der schwer Belastete schon als Kind „schlimm" gewesen ist und schwer gelernt hat, der Verletzte in späteren Jahren ein roher Trunkenbold geworden ist. Während der Wandersucht empfindet der Eine Druckgefühl in der Stirn und Herzgegend, der Andere heftige Kopfschmerzen, der letzte zeigt dann ein abstossendes, mürrisches Benehmen, das ihm sonst nicht eigen ist. Bewusstseinsverlust fehlt stets. Der am Kopfe Verletzte hat einmal einen Zustand des Nachts gehabt, bei dem er sich im Bette herumwarf, Brust und Ge-

sicht zerkratzte, nicht aufzuwecken war, und von dem er Morgens nichts mehr wusste.

Donath fasst in allen drei Fällen den Wandertrieb als epileptisch auf, als „ein psychisches Aequivalent, welches sich von dem gewöhnlichen dadurch unterscheidet, dass die Bewusstseinsstörung entweder gänzlich fehlt oder durch ihre Geringfügigkeit in den Hintergrund tritt". Er betrachtet derartige Fälle als ein Beweismittel für die Unnöthigkeit einer Bewusstseinsstörung beim epileptischen Anfall. Für ihn ist jeder epileptische Anfall, gleichviel welcher Form und welchen Ursprungs als eine krankhafte Erregung der Hirnrinde, die plötzlich ansteigt, periodisch wiederkehrt, typisch abläuft und rasch abklingt, zu bestimmen, und es hängt nur von der Stärke und Ausbreitung des Reizes ab, ob er mit oder ohne Bewusstseinsstörung, mit oder ohne Gedächtnisslücke abläuft. Woraus folgert nun D. den epileptischen Ursprung des Wandertriebs? Er hebt hervor: die Plötzlichkeit, das periodische Wiederkehren und den typischen Verlauf des Wandertriebs. Bei dem einen Falle sei die vorangegangene Schädelverletzung und der eine „typische" Krampfanfall — der nur von der Ehefrau beobachtet worden und recht undeutlich geschildert ist! — für Epilepsie beweisend; der zweite Kranke soll durch zeitweilige Absenzen, der dritte durch die Charakterveränderung im Anfall als Epileptiker gekennzeichnet sein. Genügend sind unseres Erachtens diese Beweise nicht. Es giebt ja eine ganze Anzahl solcher plötzlich und wiederholt auftretender, typisch verlaufender Triebanfälle ohne Bewusstseinsstörung, mit körperlichen Begleiterscheinungen, anfänglichem Glücksgefühl und nachträglicher Reue bei Bethätigung des Triebes. Magnan zählt sie alle unter die „Syndromes" der „Entarteten" ganz im Allgemeinen, ohne der Epilepsie dabei eine besondere Rolle anzuweisen. Kovalevsky dagegen, den Donath anführt, will jede seelische Erscheinung, die unerwartet auftritt und dem sonstigen Wesen des betreffenden Menschen nicht entspricht, als rudimentäre Epilepsie ansehen. Damit würde denn glücklich auch das letzte Kennzeichen der Epilepsie, das D. noch gelten lässt, die Periodizität, beseitigt und der Begriff Epilepsie ätiologisch, klinisch und biologisch endgiltig verflüchtigt sein.

Die gänzlich sinnlose Art der Wanderungen, die unter einem unwiderstehlichen Zwange erfolgen und den Kranken selbst unbegreiflich vorkommen, lässt die Annahme der Unzurechnungsfähigkeit für die Dauer des Triebes gerechtfertigt erscheinen.

Ueber den „Automatisme ambulatoire" („Fugues", „Dromomania").

Von Dr. L. E. Bregman, Prim.-A. der Nervenabth. im Isr. Spit. zu Warschau.

(Neur. Centr. 1899, No. 17.)

Erst nach Abfassung des Berichts über Donaths, den „epileptischen Wandertrieb" betreffende Arbeit kam der vorliegende Aufsatz zu unserer Kenntniss, der unter anderem Namen denselben Gegenstand behandelt. Auch B. schildert einen Menschen, der, schwer nervös belastet, von Zeit zu Zeit, scheinbar ohne ein anderes Motiv als einen zwingenden inneren Drang, von Hause wegläuft, sich längere Zeit in der Welt umhertreibt, nachher im Allgemeinen die Erinnerung des Geschehenen bewahrt, jedoch nicht ohne Lücken. Seit seinem siebenten Jahre macht der nunmehr Vierzehnjährige solche Ausflüge, während deren er — dies im Gegensatz zu Donaths Kranken — gelegentlich längere Zeit anderswo als ruhiger Arbeiter thätig ist. Unredlichkeiten scheint er nie begangen zu haben. Das erste Weglaufen knüpft an den Tod eines Brüderchens an, zu dessen Grabe er lief. Seitdem ist er noch oft auf dem Friedhof gesehen worden, es scheint hier ein dem Kranken unbewusstes Motiv der triebartigen Handlung angedeutet zu sein. Einmal hat er nach seiner Angabe auf der Wanderung eine Vision gehabt: er sah seinen verstorbenen Vater und Bruder längere Zeit parallel mit ihm stillschweigend einhergehen; während dieser Zeit war das Hündchen, das der Kranke mit sich führte, verschwunden. Epileptische Krampfanfälle, Absenzen oder dergleichen hat er nie gehabt (nur Krämpfe im ersten Lebensjahr). Hysterische Zeichen fehlen.

Verf. rechnet diesen Wandertrieb zu den krankhaften Trieben, denen die „Entarteten" unterworfen sind; er bringt ihn mit Kleptomanie, Dipsomanie u. dgl. in Beziehung. Er betont, dass selbst der Nachweis gleichzeitig vorhandener Epilepsie oder Hysterie keineswegs genügt, um den Wandertrieb als epileptisch oder hysterisch hinzustellen. Verf. huldigt also derselben Auffassung, deren Möglichkeit zu begründen wir uns bereits gegenüber Donaths Anschauung veranlasst sahen.

Ueber einen Fall von genuiner Epilepsie mit sich daran anschliessender Dementia paralytica.

Von Dr. O. Wattenberg, Lübeck.

(Arch. f. Psych. Bd. 32 H. 3.)

Ungemein selten ist es einwandsfrei dargethan worden, dass dem Lähmungsirrsein Seelenstörungen anderer Art vorausgehen können. Der vorliegende Fall, bei dem von echter Epilepsie zu ausgeprägtem Lähmungsirrsein ein fliessender Uebergang stattgefunden hat, entbehrt daher nicht einer gewissen Bedeutung.

Der Sohn eines schwindsüchtigen Gastwirths und einer Trinkerin litt seit seinem achten Lebensjahre an Fallsucht. Da die Anfälle nur selten kamen und der Kranke ein geschickter und angenehmer Mensch war, gelang es ihm, sich als Barbier eine Lebensstellung zu schaffen. Er soll ungemein solid gelebt und insbesondere nie Syphilis gehabt haben. Aber mit den Jahren wurden die Krämpfe immer häufiger, der Kranke fing an, schwachsinnig zu werden, zeigte sich gleichgiltig gegen die Seinen, gerieth leicht in wilden Zorn, sprach thörichtes Zeug, war unruhig und unsauber. Seit 1893 ist er über fünf Jahre in der Lübecker Staats-Irrenanstalt gewesen. Dort zeigte er sich stark verblödet, war gewöhnlich in heiterer Stimmung, liess sich leicht den sinnlosesten Grössenwahn einreden. Form und Inhalt seiner Schrift wurden mangelhaft, seine Sprache verwaschen und stolpernd, sein Gang schwankend. Die Gesichtsmuskulatur war auf einer Seite erschlafft, die Kniesehnen-Reflexe waren erloschen. Als mit der Zeit auch noch die Pupillen-Zusammenziehung auf Lichteinfall ausblieb, war das Vorhandensein von Lähmungsirrsein klinisch gesichert. Die Leichenöffnung ergab denn auch eine sehr deutliche chronische Entzündung der zarten Hirnhaut, Entartung der Ganglienzellen, Schwund der Nervenfasern und starke Wucherung des Stützgewebes in der Grosshirnrinde. Uebrigens zeigten sich am Schädel aussen und innen mannigfache Entartungszeichen.

W. will den Fall noch dazu benutzen, um die Möglichkeit einer progressiven Paralyse ohne vorhergegangene Syphilis darzuthun. Eine sehr hohe Beweiskraft nach dieser Richtung wird man ihm aber kaum zusprechen können.

Chirurgie.

Zur Lehre von der Sehnenplastik.

Von Prof. Dr. Albert Hoffa-Würzburg.

(Berl. klin. W. 1899, No. 30.)

Ohne wesentlich neues zu bringen, stellt der Hoffasche Aufsatz in übersichtlicher Form die einzelnen Typen der

Sehnenplastik, das Vorgehen bei den verschiedenen Eingriffen, ihre Indikationen und endlich des Verfassers eigne Erfahrungen auf diesem Gebiete zusammen. Das Gebiet umfasst, genau genommen, ausser den Sehnenüberpflanzungen auch die künstlichen Verkürzungen und Verlängerungen, die oft genug mit den Ueberpflanzungen Hand in Hand gehen müssen. Von den letzteren sind drei Unterarten zu unterscheiden: 1. Ausschaltung des Muskelbauchs vom gelähmten Muskel, Befestigung der Sehne an den kraftgebenden Muskel, (absteigende Ueberpflanzungen nach Vulpins, aktive nach Hoffa), 2. Durchtrennung der Sehne eines gesunden Muskels nnd Annähung des zentralen Stumpfs an die Sehne des gelähmten (aufsteigende Ueberpflanzungen nach V., passive nach H.), 3. Abzweigung eines Theils von der Sehne des Kraftgebers und feste Vereinigung dieses Theils mit dem Kraftempfänger (beiderseitige Ueberpflanzungen nach V., aktiv-passive nach H.)

Die erste Form ist die häufigste, auch die dritte wird häufig, die zweite nur ausnahmsweise, wenn nämlich die ursprüngliche Thätigkeit des Kraftgebers entbehrlich ist, angewandt.

Vor dem Eingriff muss man sich von dem Zustande aller in Betracht kommenden Muskeln überzeugen. Verständige Kranke können durch gewollte Bewegungen von der Tüchtigkeit oder Minderwerthigkeit der einzelnen Muskeln Beschlussschaft geben. Die elektrische Untersuchung kann ebenfalls helfen, und falls man auch durch sie keine genaue Erkenntnis gewinnt, sieht man nach Bloslegung der Muskeln, ob sie normal (dunkelroth), geschwächt (rosa) oder gelähmt (gelblich weiss) sind. Grade der Unterschied zwischen Schwäche und Lähmung ist wichtig, da blos geschwächte Muskeln sich nach Herstellung der richtigen Stellungen bedeutend erholen und zu wichtigen Helfern bei der Wiedererwerbung der Bewegungsfähigkeit werden.

Zum Zwecke der Verkürzung wird eine Sehne einfach durchschnitten, die Enden aneinder vorbeigeschoben und breit vernäht. Verlängerung erreicht man durch Z-förmige Spaltung der Sehne und Längsnaht der Querschnitte. Bei der Ueberpflanzung werden die Sehnen entweder glatt aneinander genäht oder durchflochten. Liegen sie entfernt von einander, so unterminirt man die Weichtheile unter der Fascie und zieht einen Sehnenzipfel durch. Nach dem Eingriff wird das Glied in überverbesserter Stellung eingegipst. Ein Fenster im Verbande, der 4—8 Wochen liegen bleibt, ermöglicht die Entfernung der Handnäthe. Zweckmässige Nachbehandlung ist selbstverständlich von Nöthen.

Veranlassung zu solchen Ueberpflanzungen geben: Spinale Kinderlähmung, Nerven-, Sehnen- und Muskelverletzungen, Spitzfuss in Folge von Gehirnblutung, Klumpfuss im Gefolge der Dystrophia progressiva, Lähmungen mit Muskelspannung (cerebrale Kinderlähmung, angeborene Gliederstarre = Littlische Krankheit). Es ist nicht angängig, an dieser Stelle die zur Beseitigung der einzelnen Abweichungen nothwendigen Eingriffe hier gesondert aufzuzählen. Bemerkt sei nur, dass es zweckmässig ist, falls verschiedene plastische Eingriffe zur Bekämpfung einer bestimmten Lähmungsfolge, etwa eines Spitz- oder Klumpfusses, nöthig sind, alle in einer Sitzung vorzunehmen. Hoffa hat bei 26 derartigen Operationen fast ausnahmslos (bis auf zwei Fälle) zufriedenstellende, gelegentlich vortreffliche Erfolge erzielt.

Zur Kasuistik der okkulten Fremdkörper.

Von Dr. J. Wentscher-Thorn.

(Deutsche medizinische Wochenschrift No. 46, 1899.)

Verfasser bereichert die Kasuistik der okkulten Fremdkörper um drei recht interessante Fälle. Im ersten Falle bestand seit längerer Zeit ein kleines entzündliches Infiltrat auf der Brusthaut, etwa in der Mitte des Sternums, das keine erheblichen Beschwerden verursachte. Die prominente, bläulichroth gefärbte und etwas druckempfindliche Stelle sah aus wie ein in der Entwickelung begriffener kleiner Furunkel. Pat. gab an, dass das kleine „Geschwür" öfter von selbst aufgebrochen sei und sich ebenso spontan wieder geschlossen habe. Bei der Incicion wurde eine mindestens 4 cm lange und etwa 1,5 cm breite Klinge eines kräftigen, vorn breit zugespitzten Tachenmessers extrahirt; das Fragment hatte seit wenigstens einem Jahre im Brustbein gesessen, ohne dass sein Träger eine Ahnung davon hatte. Im zweiten Falle handelte es sich um ein gleich grosses Heft eines Taschenmessers, das aus der Orbita entfernt wurde. Der Patient war des Glaubens, mit einem Ziegelsteine geschlagen worden zu sein, und begab sich erst in Behandlung, als nach Verheilung der kleinen äusseren Wunde eine Lähmung des oberen Augenlides der verletzten Seite nicht zurückgehen wollte. Die Untersuchung ergab ausser der Ptosis eine mässige Protrusion des Bulbus, Lähmung des M. rectus superior und des M. rectus externus und Anaesthesie der linken Stirnhälfte im Bereich des N. frontalis, als deren Ursache der in der Orbita steckende Fremdkörper entdeckt wurde. Das meiste Interesse bietet der letzte Fall, in welchem ein wegen diphtherischer Larynxstenose tracheotomirtes Kind, als die Einführung der Kanüle Schwierigkeiten bereitete, das Fragment eines Pflaumensteines aushustete, von desses Anwesenheit im Kehlkopf vorher Keiner eine Ahnung hatte. Es konnte nicht mit Bestimmtheit klar gestellt werden, ob der Fremdkörper nicht die alleinige Ursache der Erscheinungen der Larynxstenose bildete, da thatsächliche Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden. Doch konnte dieser Befund ein zufälliger sein; das klinische Krankheitsbild passte ebensowohl für eine diphtherische Stenose, wie für einen obturirenden Fremdkörper. — y.

Die subkutanen Fracturen der Metatarsalknochen.

Von Stabsarzt Dr. Trnka-Prag.

(Wiener medizinische Wochenschrift No. 41, 1899).

Das seit einigen Jahren in der Litteratur vielbesprochene Thema der „Fussgeschwulst" umfasst eine Anzahl von Affektionen, unter welchen eine auf Grund ihrer typischen Entstehungsart besondere Beachtung verdient. Sie hat nicht nur, da sie ein echtes Marschtrauma darstellt, für den Militärarzt Interesse, sondern, da sie unter gleichen Voraussetzungen und ähnlichen Verhältnissen in der Erwerbsthätigkeit des in Haufen oder Kolonnen schaffenden Arbeiters zu Stande kommen kann, auch Bedeutung für den Zivilarzt. Fast immer handelt es sich bei der in Rede stehenden Affektion um ein Umkippen des Vorfusses von einem grösseren Stein nach aussen, einem Abgleiten desselben von einer gefrorenen Erdscholle und Zurückbleiben der ganzen Extremität, einer Arretirung des Vorfusses in einem tiefen, gefrorenen Radgeleise, einem Loche — jedoch stets beim Marsche in eng geschlossener Kolonne, durch welche der Betreffende bei noch fixirtem oder zurückgeglittenem Fusse vorwärts gestossen wird. So kommt es zu einer Torsion der Mittelfussknochen, die zu einem Bruche führt. Uebt man bei Prüfung auf Krepitation den Entstehungsmodus der Verletzung nach, indem man den Fuss mit der einen Hand fest an der Fusswurzel, mit der anderen breit an den Metatarso-Phalangealgelenken anfasst und nun den Mittelfuss um seine Achse dreht, so lässt sich mit Sicherheit das Geräusch des Knochenreibens erzeugen. Meist ist der zweite oder dritte Metatarsus betroffen. Was die Behandlung betrifft, so besteht die einzuschlagende Therapie im Grunde genommen in einer modifizirten Plattfussbehandlung. Bei frischen Fällen macht man zunächst

einen Gipsredressementverband, wie beim Plattfuss, nur dass der Vorfuss stark nach hinten rotirt wird. Es wird somit die umgekehrte Drehung und Stellung des Vorfusses und rückwärtigen Fusstheiles gegen einander angestrebt, als diejenige beim Zustandekommen der Torsionsfraktur ist, wodurch die Frakturflächen sich besser adaptiren. Der erste Verband bleibt höchstens 14 Tage liegen. Hat sich bereits ein Kallus gebildet, so legt man einen Spiraltourenverband mit grauem Pflaster in breiten, langen Streifen an, deren Zug dieselbe Tendenz verfolgt, wie der erste Redressementgipsverband. Schliesslich kommt bei Massage und Bädern eine Plattfusssohle oder ein Plattfussstiefel mit Schienen und Spirallederzug in Anwendung. -y.

Aus der Unfallpraxis.

Von Dr. Heimann-Schwäbisch-Hall.
(Deutsche medizinische Wochenschrift, No. 42, 1899.)

Der erste der beiden Unfälle, über welche Verf. berichtet, verdient nicht so sehr um seiner selbst willen das Interesse des ärztlichen Sachverständigen, — es handelte sich um eine isolirte Fraktur des Kahnbeines in Folge Sturzes aus einer Höhe von 8 m —, als vielmehr mit Rücksicht auf die äusseren Umstände, die auf einen verbesserungsbedürftigen Mangel im Unfallgesetze hinweisen. Es war nämlich zweifelhaft, welche von zwei Berufsgenossenschaften in diesem Falle bezüglich der Schadloshaltung zuständig war. In Folge dessen versuchten beide den Rentenanspruch je von sich ab- und der anderen zuzuwälzen, so dass der Verletzte genöthigt war, bei beiden den vollen Instanzenweg bis zur Spitze durchzuführen, da die Zwischeninstanz bei der Sachlage zu einem definitiven Urtheil nicht kommen konnte. So vergingen glücklich $1^1/_2$ Jahre bis zum endgiltigen Rekursentscheid des Reichsversicherungsamtes. Von den unzuträglichen Weiterungen, die mit dieser Verzögerung nach den verschiedensten Richtungen hin zusammenhingen, abgesehen, litt auch die erwünschte Klarstellung des thatsächlichen und objektiven Befundes dadurch Noth. Es lag der Verdacht vor, wie sich schliesslich herausstellte unbegründeter Weise, dass der Verletzte seine Beschwerden aggravire, und es war deshalb die Vornahme einer Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen beantragt worden. Diesem Antrage wurde erst nach dem Entscheid des Reichsversicherungsamtes stattgegeben. Behufs Verhütung solcher Unzuträglichkeiten sollte nach Verfassers Meinung ein gesetzlicher Weg gefunden werden, dass eine Berufsgenossenschaft, im Allgemeinen die zumeist interessirte, bezw. die, bei welcher der Verletzte sonst versichert ist, die volle gesetzliche Fürsorge sogleich übernimmt, ohne dass der Verletzte selbst in ein Streitverfahren hereingezogen würde. Der Berufsgenossenschaft selbst muss es dann überlassen bleiben, wenn sie dazu nach Art der Umstände Grund zu haben glaubt, der anderen den „Streit zu verkündigen“.

Der zweite Unfall, über den Verf. berichtet, betraf einen Müller, dessen rechter Oberarm zwischen einer Mauer und einem ins Rollen gerathenen Wagen eingeklemmt worden war. Alsbald nach der Verletzung liess sich erhebliche Schwellung des ganzen Oberarmes konstatiren, nebst Unvermögen, das Ellbogengelenk zu bewegen, dazu Kribbeln im Bereich der Radialnerven. Der Unfall lag bereits mehr als zwei Jahre zurück, der Verletzte hatte aber noch immer unter den zuweilen sehr zunehmenden nervösen Beschwerden zu leiden. Namentlich nach anstrengender Thätigkeit traten lebhafte Schmerzen auf, Pat. klagte über Kribbeln und Pelzigsein im ganzen Arme, bis hinein in die Fingerspitzen des 3. bis 5., stellenweise auch des 2. Fingers, die sich stets eiskalt anfühlten. Die Untersuchung ergab eine oedematöse Auftreibung und bläuliche Verfärbung der genannten Finger und der Hand selbst, die sich auch dem objektiven Gefühle kälter darbietet. An der äusseren Seite des Oberarmes, an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel und in der Furche zwischen Biceps und Triceps fand sich ein 4 cm langer und etwa 1 cm hoher leistenförmiger Auswuchs am Knochen. Es handelte sich also um eine Exostose, welche den Radialnerv entweder umschliessen oder jedenfalls nahe streifen musste, demnach um eine zweifellose Folge der erlittenen Quetschung. Der im Gutachten gegebenen Anregung, durch eine operative Entfernung der Neubildung die Beseitigung der Beschwerden zu versuchen, wurde seitens der Berufsgenossenschaft Folge gegeben. Der Befund bei der Operation entsprach den Erwartungen, ihr Erfolg freilich nicht. Wohl trat im Anfang ein Nachlass der nervösen Beschwerden ein, jedoch schon nach der dritten Woche liess sich im Bereiche der übrigens per primam verheilten Operationswunde eine brettharte Infiltration, und innerhalb dieser nach weiteren 3 Wochen die Exostose in alter Ausdehnung und unter Rückkehr aller geschilderten Beschwerden konstatiren. Diese wider Erwarten rasche Rückbildung der sorgfältigst entfernten Exostose ist sehr bemerkenswerth. In therapeutischer Beziehung legt diese Erfahrung die Erwägung nahe, ob man nicht in solchen Fällen das Periost, als das wesentlich proliferirende Organ des Knochens, im Bereiche der Geschwulst mitexstirpiren soll. -y.

Fall von Abreissung eines grossen Stückes des Fersenbeins.

Von Dr. Neuschläfer.
(Deutsche Zeitschr. f. Chir. 50. B. 6. H. 605.)

Eine 58 jährige Frau trug einen Korb mit nasser Wäsche vor sich und rutschte mit dem linken Fusse vom Rande einer seichten Baumgrube in diese hinein. Dabei fiel sie um. Als N. die Kranke untersuchte, war die hintere Gegend der Ferse leer und weit oberhalb ein harter Tumor zu fühlen, dessen scharfe Kante die Haut zu perforiren drohte. Die Stelle des Tumors war kolossal schmerzempfindlich. Durch eine Tenotomie konnte N. keine Mobilisation des grossen, abgerissenen Calcaneusstückes erreichen, deshalb führte er noch einen Längsschnitt über den Tumor bis über die Kante des Fersenbeinrestes. Es zeigte sich jetzt, dass das abgerissene Stück über $^2/_3$ des Fersenbeines ausmachte und die Bruchlinie von hinten oben nach vorn unten verlief. Die Fixation des gelösten Stückes nach Ausführung der Tenotomie war durch die Ligamenta cruciata veranlasst. N. drehte jetzt das abgerissene Stück, dessen Bruchfläche senkrecht zur Unterschenkelachse stand, zurück und nähte das Periost desselben exakt mit dem des Fersenbeinrestes zusammen. Durch einen Verband in Spitzfussstellung gelang es sogar, eine spontale Verheilung der Achillessehne zu erreichen. N. sagt selbst, dass es vorsichtiger gewesen wäre, die Achillessehne schräg zu durchtrennen, weil er sie dann auf alle Fälle sofort wieder hätte nähen können. Stabel.

Innere Medizin.

Ueber zwei Fälle von Perigastritis adhaesiva (pylorica).

Von Dr. H. Westphalen und Dr. W. Fick, Primärärzte, St. Petersburg.
(D. m. W. 1899 No. 52.)

Bei zwei Kranken, einem 38jährigen und einem 50jährigen, entwickelte sich in klassischer Weise nach Abheilung eines Magengeschwürs in der Pförtnergegend eine Verengerung des Pförtners, gekennzeichnet durch Störungen der Darmentleerung. Bei dem Jüngeren waren diese Störungen zeitweise

plötzlich schlimmer. Hier wurde ein Eingriff vorgenommen, der in der Nähe des verengerten Theils noch polypenartige Auswüchse der Schleimhaut ergab. Durch quere Vernähung der längs angelegten Wunde und durch Abtragung der Polypen wurde ein hinreichend weiter Pförtner geschaffen, der Kranke fühlte sich eine Zeit lang besser, nur entwickelte sich in der Bauchwandnarbe ein kleiner Bruch. Nach einem Monat war die Verengerung wieder da: die Speisen stauten sich an, die Muskelbewegung des Magens war deutlich erhöht, Durchspritzgeräusch am Pförtner vernehmbar. Besonderer Werth wurde auf folgende Erscheinungen gelegt: in der Pförtnergegend fühlte man einen Widerstand, bei linker Seitenlage schmerzte der Bauchbruch und die Pförtnergegend; übte man an jenem einen Zug nach oben aus, so that diese weh. Diese drei Merkmale wiesen auf eine Verwachsung zwischen Pförtner und Bauchbruch hin. Thatsächlich fand sich bei der erneuten Oeffnung des Bauches, dass ein Theil des Bauchfellbandes zwischen Magen und Dickdarm in dem mit Fett gefüllten Bruch fest angeheftet war und eine unvollständige Abknickung des Magens nahe am Pförtner bewirkte, während dieser selbst durchgängig geblieben war. Etwas anders war der Krankheitsverlauf bei dem älteren Manne. Hier machten sich kurz nach beendeter erfolgreicher Geschwürskur die Zeichen mangelhafter Magenentleerung neben Schmerzen bei Körpererschütterung und Lageveränderungen, besonders aber bei der Stuhlentleerung, und eine zeitweise bemerkbare Magenbewegung in verkehrter Richtung geltend. Es wurde neben narbiger Verengerung des Magens eine Verwachsung der Pförtnergegend mit dem Quer-Dickdarm angenommen.

W. und F. bestätigen die Ansicht Rosenheim's, dass an perigastritische Verwachsungen dann zu denken ist, wenn bei sicher festgestelltem Magengeschwür eine streng durchgeführte Kur keine Besserung zur Folge hat, oder wenn bei ungenügender Bewegungsfähigkeit des Magens mechanische Einwirkungen nutzlos bleiben; sie fügen hinzu, dass bei derartigen Verwachsungen mechanische Einwirkungen eine Verschlimmerung herbeiführen. Die Verf. unterscheiden bezüglich der Behandlung der Perigastritis adhaesiva drei Hauptarten. Die Entzündung kann ohne Bewegungsstörung des Magens verlaufen, sie kann solche verursachen und sie kann als Komplikation bei organisch bedingter Pförtnerenge bestehen. Die Lösung der Verwachsungen kommt als Heilmittel der Perigastritis nur in wenigen Fällen in Betracht, in den weitaus meisten ist allein die Anlegung einer Magen-Darmfistel rathsam. Meist sind die anatomischen Verhältnisse derart, dass eine Wiederverwachsung getrennter Schwarten befürchtet werden muss. Auch weiss man bei Weitem nicht immer, ob mit der Beseitigung der krankhaften Verbindungen alle Ursachen der Beschwerden gehoben sein werden. Nur wenn der Pförtner, der verengert und mit der Umgebung verwachsen ist, ganz ausgeschaltet wird, ist völlige Herstellung des Wohlbefindens zu erwarten. Daher wurde nicht nur in dem zweiten oben beschriebenen Falle, in dem eine echte Pförtnerenge bestand, sondern auch in dem ersten, wo nur ein Strang den Pförtner theilweise abknickte, die Gastroenterostomie ausgeführt. Der Erfolg war gut, als einzige Abweichung ist bezeichnender Weise ein Schmerz zurückgeblieben, der sich bei rechter Seitenlage — also wenn der Mageninhalt mechanisch nach dem Pförtner hingedrängt wird — einstellt und bei Veränderung der Lage gleich wieder schwindet.

Traumatische tuberkulöse Basilarmeningitis.

Von Dr. R. Elben-Stuttgart.

(Corr.-Bl. d. Württ. Ärztl. L.-V. 1899 No. 50.)

Ein achtjähriger Knabe, der seit Jahresfrist schlechter ausgesehen und einmal einige Wochen gehustet hat, erhält zwei Faustschläge auf den Hinterkopf. Ohne äussere Verletzung tritt unmittelbar darauf Kopfweh und Mattigkeit, nach drei Tagen Erbrechen ein. Am fünften Tage wird der Arzt gerufen; der Verlauf der Krankheit kennzeichnet eine tuberkulöse Entzündung der basilaren Hirnhaut. Der Tod tritt 21 Tage nach der Verletzung ein. Die Leichenöffnung ergiebt zahlreiche hirsekorngrosse Tuberkel in den weichen Häuten an der Hirnbasis, zumal im Verlaufe der Gefässe, ferner eine verkäste Luftröhrendrüse und einen Käseherd in der Lunge; das Rippenfell ist mit hirsekorngrossen Knötchen bedeckt, ebenso Leber und Milz.

Verf. hält in diesem Falle die Lunge für den primären Sitz der Krankheit, von dem verschleppte Keime sich auf Grund der Verletzung in den Hirnhäuten angesiedelt haben, während die Knötchen in Rippenfell, Leber und Milz sich später erst entwickelt haben sollen. Im Gutachten hat er den Zusammenhang zwischen Verletzung und Hirnkrankheit natürlich nur als möglich bezw. wahrscheinlich hingestellt, indessen hält er die Wahrscheinlichkeit für eine recht hohe. Die schwerwiegenden Bedenken gegen diese Annahme, die vorliegen, brauchen wohl nur kurz genannt zu werden: Die Voraussetzung, dass vor der Verletzung der Beginn der Miliartuberkulose noch nicht vorhanden war, ist durch den Sektionsbefund nicht bewiesen und auf andere Weise kaum beweisbar; die gleichmässige Ausbreitung der Knötchen über den Hirngrund spricht eher gegen als für den Ausgang von einer bestimmten Stelle traumatisch verminderten Widerstandes.

Vergiftungen.

Ueber die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus und Betrachtungen über die Massenerkrankungen in Reichenstein in Schlesien.

Von Dr. L. Geyer, Assistenten der kgl. dermatolog. Klinik des Geh. R. Prof. Neisser in Breslau.

Festschrift zu Ehren von Philipp Pick.

Der Ort Reichenstein im Glatzer Gebirge ist eine uralte Fundstätte für Golderze und dementsprechend auch für Arsenik, das noch jetzt dort hüttenmässig gewonnen wird. Viele Jahrhunderte lang sind dort arsenhaltige Dämpfe achtlos der Luft beigemischt worden, ihre Niederschläge haben die oberflächlichen Erdschichten durchdrungen und mischen sich dem aus ihnen entquellenden Wasser bei. Jahrhunderte alt und erst jetzt durch hygienische Massregeln immer mehr eingeengt ist daher auch die „Reichensteiner Krankheit“, die chronische Arsenvergiftung bei den Bewohnern der Gegend. Von ihr bleiben heutzutage, dank der ungemein sorgsamen Fürsorge der Unternehmer, die Hüttenarbeiter fast sämmtlich verschont. Es erkranken aber die Bewohner ganz bestimmter Gegenden, wo arsenhaltiges Wasser aus oberflächlicheren Erdschichten an Stelle des einwandfreien, aus grosser Tiefe quellenden Leitungswassers zum Trinken benützt wird. Demgemäss treten die Vergiftungszeichen meist familienweise auf. Neu zugezogene Leute spüren schon nach Ablauf der ersten Woche die Giftwirkung. Kinder und Erwachsene sind ihr gleichmässig zugängig.

Der Verlauf ist ganz regelmässig. Die dem Arsenik zukommenden Magendarmstörungen bilden den Anfang, sie schwinden mit der Gewöhnung an das Gift. Nach einiger Zeit folgen Nervenstörungen, die „Arsen-Pseudotabes“. Ganz schleichend beginnt jetzt die überaus kennzeichnende Hautveränderung: Der ganze Körper wird „gescheckt“, der Grundton ist hellbräunlich bis schwarzgrau oder tiefrothbraun, darauf heben sich, ungleichmässig eingestreut, Bezirke von ganz gewöhnlicher Hautfarbe ab. Nirgends findet sich eine narbige

Verbildung. Die Hohlhände und Fusssohlen sind mit dicken, oft massenhaft sich ablösenden Hornschwarten, in die sagoartige Körner eingestreut liegen, bedeckt, darauf finden sich noch warzenartige Gebilde, die aber nicht, wie echte Warzen vom Papillarkörper, nur von der Hornschicht ausgehen. Der Farbstoff sitzt in der Umgebung der Lederhautgefässe, ist nicht metallisch, vielleicht Hämatoidin. Die so erkrankten Leute scheiden im Harn Arsen aus, sie sehen mehr oder weniger verfallen aus. Unter geeigneter Pflege nehmen die Erscheinungen sehr langsam ab, in manchen Fällen sind sie wahrscheinlich unheilbar.

Noch eine ganze Reihe anderer, von den Reichensteiner Aerzten gemachten Beobachtungen stehen in einem mehr oder minder innigen Zusammenhang mit dem Arsengehalt des Wassers: Die Eingeborenen werden nicht älter als etwa 55 Jahre. Die Kindersterblichkeit und die Häufigkeit der Rhachitis ist sehr gross, obgleich die hygienischen Verhältnisse sonst gut sind. Kriegsdiensttaugliche Männer finden sich auffallend selten. Ansteckende oder sonst durch Spaltpilze bedingte Krankheiten nehmen ungemein häufig einen bösartigen Verlauf; Ergüsse in die Körperhöhlen, Asthma, Altersbrand, Nervenleiden scheinen verbreiteter als anderswo zu sein. Die Hautveränderungen (Warzen) gehen in manchen Fällen ganz allmählich in Krebs über, und zwar auch bei jüngeren Leuten.

Die Bedeutung, die diese Verhältnisse für die öffentliche Gesundheitspflege haben, ist zur Zeit nicht mehr sehr hoch, da die Beseitigung des Uebels von Grund aus in vollem Gange ist. Dennoch ist die Reichensteiner Krankheit kennenswerth; sie, die ein Beispiel der seltenen chronischen Arsenvergiftung durch arsenhaltiges Trinkwasser ist, zeigt gleichzeitig, was für Gefahren die nicht gar so seltene chronische Vergiftung durch arsenhaltige Arzneien, die ganz in derselben Weise verläuft, mit sich bringt, und wie die Hautveränderung etwa einen Massstab für den erreichten Grad der Giftwirkung darstellt.

Tod an Purpura fulminans nach einer Terpentinöl-Darreichung.

Von Kreiswundarzt Dr. Mayer-Simmern.
(Ztschr. f. Med.-B. 1900. H. 2.)

Eine Lungenentzündung bei einem schwer tuberkulös belasteten Knaben gab dem Verf. Veranlassung, Terpentinöl in geringer Gabe (dreimal täglich etwas mehr als ein Tropfen) zu verordnen. Am achten Tage fiel das Fieber kritisch ab, das Befinden besserte sich. Vier Tage später trat aus der linken Nasenhöhle ein Erguss massenhaften, hellen, dünnen Blutes ein, der stundenlang währte und mit Mühe gestillt wurde. Die Zeichen ernster Herzschwäche stellten sich ein. Drei Tage später wiederholte sich die Nasenblutung, nach weiteren zwei Tagen bedeckt sich, während gleichzeitig immer heftigere Athemnoth besteht, der ganze Körper mit Blutflecken, binnen 24 Stunden stirbt das Kind. An der hellblutrothen Farbe des Inhalts der durch eine spanische Fliege gezogenen Blase war eine Blutzersetzung schon in den ersten Tagen nach Beginn der Blutungen erkennbar.

M. schreibt die Blutzersetzung dem Einfluss des Terpentinöls zu. Er legt dar, dass viele Mittel, wie Terpentin, den Gehalt des Blutes an weissen Körperchen steigern, gelegentlich auch die Bildung von gerinnungshemmenden Fermenten im Blute fördern und so eine Art von Blutkrankheit hervorrufen (Organ-Extrakte, Kampheröl, salicylsaures Natron). Es wird nothwendig sein, dass noch mehr und eindeutigere derartige Beobachtungen gesammelt werden, ehe etwa Schlüsse für die gerichtsärztliche Beurtheilung daraus gezogen werden können.

Doppelmord mittels Phosphor.

Von Dr. Josef Marer—Nagy-Szecseny.
(Allgemeine Wiener medizin. Zeitung No. 39—43, 1899.)

Das Bemerkenswerthe an diesem, mit allen Einzelheiten veröffentlichten Falle ist die Thatsache, dass zwei erwachsenen, vollsinnigen Individuen eine tötliche Phosphormenge in Speise gemischt beigebracht werden konnte, ohne dass sie eine Spur davon merkten, obgleich sie von einer dritten Person darauf aufmerksam gemacht wurden, dass die Speise nach Zündholzköpfchen schmecke. Die Diagnose konnte erst kurz vor dem Tode mit Sicherheit auf Phosphorvergiftung gestellt werden, da nur die Erscheinungen einer heftigen akuten Gastritis ohne irgend ein für die Phosphorintoxikation charakteristisches Symptom vorlagen. —y.

Schwerste Opiumvergiftung eines atrophischen Kindes von zehn Wochen. Zehnstündige Faradisation des Phrenicus. Heilung.

Mitth. von Dr. Model, Kgl. Bez.-Arzt a. D. in Weissenburg a. S.
(Münch. Med. W. 1900 No. 5.)

Eine wundersame Krankengeschichte! Die Ueberschrift sagt schon viel, die Ausführung ist noch verblüffender. Das betreffende Kind war durch massenhafte Durchfälle bereits furchtbar heruntergekommen. Es bekam eine bittere Tinktur mit etwas Opium, aber irrthümlicher Weise in recht grosser Dosis, bis es endlich aufhörte, zu wimmern — aber auch zu athmen. M. fand das Kind ohne Athmung, Herzschlag und Pupillenreaktion. Kein Hilfsmittel war wirksam. Eine Spur von Athmung trat erst bei faradischer Reizung des einen Zwerchfellsnerven am Halse ein. Der unterbrochene Strom wurde nun rythmisch, abwechselnd auf der linken nnd rechten Seite, auf den Nerven angewandt, aber erst nach zehn Stunden konnte die künstliche Reizung unterlassen werden. Das Kind erholte sich merkwürdig rasch, die Durchfälle kehrten nicht wieder; ob wegen der starken Opiumgabe? das lässt Verf. unentschieden. Der seltsame Fall ist 1884 passirt.

Hygiene.

Zur Frage über die Natur und Anwendbarkeit der biologischen Abwasserreinigungsverfahren, insbesondere des Oxydationsverfahrens.

Von Dr. Dunbar.
(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Bd. 31. Viertes Heft, erste Hälfte.)

Der Verf. beginnt seine im Interesse einer objektiven Beurtheilung der verschiedenen Abwässerreinigungsverfahren mit Freuden zu begrüssende Abhandlung in weiterer Ausführung seines auf der vorjährigen Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Köln erstatteten Referats „Die Behandlung städtischer Spüljauche etc.“ mit einer geschichtlichen Darstellung der sog. biologischen Abwasserreinigungsverfahren. Danach beziehen sich die verschiedenen, diesem biologischen Abwasserreinigungsverfahren gegebenen Namen — Septictank-Verfahren, Cameron-, Schweder-, Schweder-Dibdin-, Dibdin-Verfahren u. s. w. — auf zwei ihren Grundzügen nach längst bekannte und erprobte Verfahren, die unter einander insofern identisch sind, als bei beiden die Reinigung der Abwässer nach dem Prinzip der intermittirenden Filtration erfolgt, nur dass bei dem einen Verfahren die frischen Abwässer auf die Filter (Oxydationskörper) gebracht werden, bei dem andern aber vorher einer fauligen Zersetzung anheimfallen.

Verf. weist darauf hin, dass bis zum Jahre 1870 die allgemeine Ansicht dahin ging, dass sich Schmutzwässer ohne

vorherige Klärung durch Chemikalienzusätze dauernd in ein und demselben Filter oder Boden nicht reinigen lassen, wenn nicht die zurückgehaltenen Schmutzstoffe durch das Wachsthum höherer Pflanzen beseitigt werden, eine Auffassung, die schon im Jahre 1868 von Frankland experimentell als irrig gekennzeichnet wurde. Frankland führte schon damals den Nachweis, dass man völlig unvorbehandelte städtische Abwässer monatelang auf geeignete Bodenproben bringen und sie darin reinigen kann, ohne dass der Boden sich verstopft. Die erzielten Abflüsse waren dabei ebenso rein wie die Drainwasser guter Rieselfelder. Nothwendig war nur, dass die Zuleitung der Schmutzwässer keine ununterbrochene war, sondern dass man nach Aufbringung einer gewissen Abwassermenge die Beschickung der Bodenprobe sistirt und letztere eine gewisse Zeit hindurch der Ruhe überlässt, ein Vorgang, den Frankland als intermittirende Filtration bezeichnete. Dass diese Methode seitens der Rivers Pollution Commission gebührende Berücksichtigung gefunden hat, geht daraus hervor, dass in dem Bericht dieser Kommission aus dem Jahre 1870 schon die Angabe sich findet, dass die Mitglieder der Kommission auf Grund der Franklandschen Experimente zu dem Urtheil gelangten, dass bei Anwendung geeigneter Bodenarten und bei genügend tiefer Drainage nach sehr vorsichtiger Veranschlagung die Abwässer von 10000 Einwohnern einer schwemmkanalisirten Stadt auf einer Fläche von 5 Acres (etwa 2 ha) mit gutem Erfolg durch intermittirende Filtration gereinigt werden konnten. Aber nicht nur die Methode war gegeben, auch die Erklärung, dass es sich dabei um biologische Prozesse handelte, ist keineswegs neu, wie die bekannten Versuche von Schlössing und Münz über die Bakterienwirkung bei der Nitrifikation der stickstoffhaltigen Substanzen im Boden beweisen, die namentlich von Warrington bei der Erklärung der Bodenvorgänge in den Franklandschen Experimenten herangezogen wurden.

Im Jahre 1886 wurde in der Lawrence Station in Massachusets der Werth der intermittirenden Filtration für die Abwässerreinigung in eingehendster Weise nachgeprüft. Bei dieser Nachprüfung konnte die Richtigkeit der Franklandschen Beobachtungen in jeder Weise bestätigt werden. Es wurden hier die Abwässer von etwa 2000 Personen pro Hektar durch intermittirende Filtration derart gereinigt, dass $99^1/_2$ Prozent der stickstoffhaltigen Substanz ausgeschieden wurden. Das Bekanntwerden dieser Ergebnisse veranlasste die Drainage-Kommission der Stadt London, ihren Chemiker Dibdin im Jahre 1891 mit einer Nachprüfung zu beauftragen. Die Ergebnisse dieser Prüfung waren so günstige, dass in London alsbald ein Versuchsfilter für die intermittirende Filtration hergestellt wurde, bestehend in einer 0,4 ha grossen, etwa 3 Fuss tief ausgehobenen Grube mit wasserdichten Wandungen, die mit Koksgrus, auf dem eine Schicht groben Sandes lagerte, ausgefüllt war. Dieser Kokskörper wurde dreimal täglich mit den Londoner Abwässern beschickt, die vorher eine chemisch-mechanische Reinigung erfahren hatten, wodurch alle suspendirten Theile, ausschliesslich der feineren Partikelchen, entfernt wurden, und blieben jedesmal etwa eine Stunde im Kokskörper stehen. Nach mehrstündiger Ruhepause wurde der Oxydationskörper von Neuem beschickt. In Sutton wurden die Abwässer ohne jede Vorbehandlung durch zwei Oxydationskörper nach einander geschickt, wovon der erstere mit gebrannten Lehmstückchen, der zweite mit Koks gefüllt war. Auch hier war die Reinigung eine genügende. Die günstigen Ergebnisse, die Dibdin bei den ersten Versuchen gewonnen hatte, gaben ihm Anlass, den Betrieb der intermittirenden Filtration so zu steigern, dass er täglich etwa 12000 cbm Abwasser pro Hektar Filterfläche reinigte.

Gelegentlich seines Referats in Köln bezeichnete D. das in Rede stehende Verfahren der intermittirenden Filtration, bei der wasserdichte Bassins zur Anwendung kommen, als Oxydationsverfahren.

Will man den Namen „biologisches Verfahren“, der für dieses Verfahren sowohl wie für das Cameron'sche Faulkammerverfahren angewandt worden ist, beibehalten, so muss man sich darüber klar bleiben, dass auch das Berieselungsverfahren und die intermittirende Filtration im offnen drainirten Boden zu den biologischen Verfahren zu rechnen ist.

Die Ergebnisse, die in Hamburg an der dort im Jahr 1893 errichteten Klärversuchsanlage mit dem Oxydationsverfahren gewonnen worden sind, fasst D. dahin zusammen, dass man mit diesem Verfahren Abwässer ebenso gründlich zu reinigen vermag, wie mittels guter Rieselfelder. Der Versuchskläranlage, der die Aufgabe gestellt war, für die verschiedensten Abwässer-, Reinigungs- und Desinfektionsmethoden anwendbar zu sein, wurden die Abwässer des neuen allgemeinen Krankenhauses in Eppendorf zugeführt. Bei der Prüfung des Oxydationsverfahrens wurden zur Beschickung der Filter statt Koks die Schlacken der Hamburger Müllverbrennungsanlage benutzt, die sich für diesen Zweck als vorzüglich geeignet erwiesen. Da hierbei ein Beschwerungsmittel nicht nothwendig war, wurde die Bedeckung des Oxydationskörpers mit einer Kiesschicht fortgelassen. Aus den Versuchen ergiebt sich, dass der Schlackenkörper bei einmaliger Füllung etwa 30 cbm Abwasser aufnahm, und dass bei sechsmaliger Füllung und einer Grundfläche des Filters von 64 qm auf 1 ha täglich über 28000 cbm Abwässer entfielen, also bei Annahme eines Wasserkonsums von 400 l pro Kopf und Tag die Abwässer von 72200 Personen pro Hektar. Während bei sehr forsirter Inanspruchnahme die Aufnahmefähigkeit des Schlackenfilters relativ schnell sank, blieb auch nach mehr als dreivierteljähriger Betriebsdauer die Aufnahmefähigkeit in fast gleicher Höhe erhalten, wenn der Körper nur einmal täglich mit Abwässern beschickt wurde. Die Aufnahmefähigkeit des Schlackenkörpers ging innerhalb dieser Zeit um nicht mehr als etwa 3 Prozent zurück, so dass eine Reinigung des Oxydationskörpers innerhalb geraumer Zeit sich nicht als nothwendig erweisen wird.

Bei der Schilderung der Qualität der Schlackenabflüsse kommt D. zu dem Ergebniss, dass in Bezug auf Herabsetzung des Grades der Oxydirbarkeit durch das Oxydationsverfahren bei der in Hamburg geübten Betriebsweise und Inanspruchnahme des Oxydationskörpers Ergebnisse erzielt wurden, die demjenigen guter Rieselfelder, wenn überhaupt, so doch nicht wesentlich nachstehen.

Bei der zweiten Versuchsreihe, bei der die Schlackenabwässer nachträglich eine Filterung durch eine 40 cm hohe Schicht von Filtersand erfuhren, ergab sich, dass durch die Sandfiltration eine energische Weiterentwicklung der Oxydation erreicht wird, die in der Herabsetzung der Oxydirbarkeit, in der Abnahme des freien Ammoniaks unter Bildung beträchtlicher Mengen von Salpetersäure zum Ausdruck kommt.

Diese Versuche in der Hamburger Versuchskläranlage zeigen, dass es gelingt, Abwässer, die nach ihrer Herkunft und ihrem Schmutzgehalt sowie ihrem ganzen Verhalten städtischen Abwässern direkt vergleichbar sind, in Mengen, die den Abwässern von 25000 bis 30000 Personen pro Hektar entsprechen, monatelang und voraussichtlich noch viel länger — die Aufnahmefähigkeit hatte, wie schon erwähnt, während der neunmonatlichen Versuchsdauer nur um 3 Prozent abgenommen, die qualitative Leistungsfähigkeit dagegen eher zu- als abgenommen — ohne Anwendung von Chemikalien, durch das in Rede stehende Oxydationsverfahren bis zu einem Grade zu

reinigen, der durch Rieselfelder nur in den seltensten Fällen erreicht wird.

Hinsichtlich der Kostenfrage ist es nicht zutreffend, dass das Oxydationsverfahren aus dem Grunde, weil bei ihm Chemikalien und Maschinerien nicht zur Anwendung kommen, in allen Fällen billiger sein müsste, als die chemisch-mechanisch wirkenden Verfahren, mit denen es, da es einen bessern Reinigungseffekt gewährleistet, von vorn herein nicht zu vergleichen ist.

Zum Schluss berührt D. das Faulkammerverfahren, wobei die Abwässer ein bis zwei Tage in der Faulkammer aufgestaut und erst dann in den Oxydationskörper geschickt werden. In der Praxis wird sich eine Trennung zwischen dem Oxydationsverfahren und dem Faulkammerverfahren kaum immer aufrechterhalten lassen. Einerseits wird man, um das Postulat der regelmässigen Füllung und Entleerung des Oxydationskörpers erfüllen zu können, beispielsweise bei Fabrikwässern, sofern sie stossweise abfliessen, eine Vorkammer nicht gut entbehren können, und andererseits kann sich bei der Behandlung städtischer Abwässer die Nothwendigkeit ergeben, statt eines Sandfangs von geringen Dimensionen einen solchen von grösserem Umfang bauen zu müssen, wodurch wieder ein Mittelding zwischen Faulkammer- und Oxydationsverfahren gegeben wäre. Alles in Allem erachtet D. das Oxydationsverfahren für mindestens gleichwerthig, jedoch rationeller und in Regel weniger kostspielig, als das Faulkammerverfahren. Unter Umständen wird wegen besonderer Eigenthümlichkeiten trotzdem die Anwendung des Faulkammerverfahrens vorzuziehen sein.

In Bezug auf die Versuchsergebnisse im Einzelnen muss auf die lehrreiche Arbeit selber verwiesen werden.

Roth (Potsdam).

Ueber die Organisation des Sanitätsdienstes bei den k. k. Tabakfabriken.

Von Dr. Franz Schrimpl, Tabakfabriksarzt in Landskron.
(Prager medizinische Wochenschrift No. 27—33, 1899.)

Der aus amtlichen Quellen zusammengestellten Arbeit entnehmen wir die für unsere Leser besonders interessanten. Ausführungen über die Frage des aetiologischen Zusammenhanges zwischen einer Reihe von Affektionen und den Einwirkungen, die von der Tabakverarbeitung resultiren. Die am häufigsten unter den ambulant behandelten Tabakfabrikarbeitern auftretenden Krankheiten waren Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, Bronchialkatarrhe, Chlorore, Cardialgien, Magenkatarrh, Rheumatismus, auch Entzündungen der Augenbindehaut; zahlreich waren auch Panaritien, häufig Menstruationsanomalien. Allein bei der Entstehung der Krankheiten und Verbreitung derselben war nicht die Fabrikation als solche zu beschuldigen, was schon an dem ungleichmässigen Auftreten der Krankheiten in Bezug auf Ort und Häufigkeit hervorgeht. Der Nachweis einer direkten Einwirkung des Tabaks und reiner Verarbeitung auf die Gesundheit konnte nicht erbracht werden. von allen Fabriksärzten wird berichtet, dass bei den Arbeitern anderer Erwerbsbetriebe dieselben Krankheiten, bisweilen sogar in grösserer Zahl als bei den Tabakfabrikarbeitern vorkommen, wo eben von einem gesundheitsschädlichen Einflusse und von einer spezifisch gewerblichen Krankheit nur in negativem Sinne gesprochen werden kann. Ebenso unentschieden ist die Frage hinsichtlich des Entstehens der Panaritien, welche von einzelnen Fabrikärzten dem Eindringen von Staub- und Tabakpartikelchen in die Hautwunden der Finger zugeschrieben werden, welche sich die Arbeiter bei häuslichen Arbeiten, dann beim Abrippen und Rollen der Tabaksblätter ——gen haben, während andere Fabrikärzte dem Tabak hierbei keine spezifische Einflussnahme zugestehen. Auch die Ansicht, dass Augenbindehautentzündungen ihre Ursache in der Einwirkung des reizenden scharfen Tabakstaubes haben, wird von vielen nicht zugegeben, nach deren Meinung nicht der Tabak, sondern das Reiben der Augen mit unreinen Händen und Kleidungstücken der Grund der Erkrankungen ist. Aehnlich liegt die Sache bei den häufig beobachteten Cardialgien, Darmschmerzen und anderen Neuralgien, die man auf die Einwirkung des Nikotins zurückführen zu müssen glaubt. Dieser Zusammenhang besteht indessen nicht. —y.

Ueber Bakterien in der Butter und einigen anderen Milchprodukten.

Von Dr. Weissenfeld, Ass. am hygienischen Inst. in Bonn.
(B. klin. W. 1899, No. 48.)

Zweiunddreissig Butterproben verschiedenster Herkunft wurden centrifugirt, der Bodensatz wurde Meerschweinchen in die Bauchhöhle gespritzt. Zwanzig mal blieben die Thiere gesund (keine Abmagerung, kein Fieber, kein Sektionsbefund), ein Thier starb an akuter Bauchfellentzündung, eins ohne anatomisch nachweisbare Ursache, aber mit bakteriologischem Befunde (unbekannte Stäbchen). Sieben Thiere starben an einer der Tuberkulose im Aussehen sehr ähnlichen, durch wohlgekennzeichnete Spaltpilze hervorgerufenen Krankheit (Pseudotuberkulose), drei endlich an echter Tuberkulose. Die diesen dreien eingeimpfte Butter stammte theils aus einer Molkerei, theils von Bauern. Sterilisir- oder Pasteurisir-Versuche waren nur in zwei Molkereien ausgeführt worden — die eine davon lieferte jene Butter, die das geimpfte Thier unter deutlicher Spaltpilzbildung, aber ohne Gewebsveränderung tötete.

Einige aus Milch hergestellte künstliche Nährmittel wurden auf den Bakteriengehalt im Allgemeinen, abgesehen von der Tuberkulose geprüft: Nutrose (Kaseinnatrium) enthielt aufs Gramm 6000 Keime, Eukasin (Kasein-Ammoniak) nur im Gelatine-Ausstrich zahlreiche Diplokokken-Kolonien, Kalk-Kasein (Calciumphosphat-Kasein) pro Gramm auf Gelatine 2400000, Plasmon (Siebold's Milcheiweiss) in drei Proben auf Gelatine je 32 Millionen, 10 Millionen und 24,6 Millionen verschiedenster Keime. Gegen beide letzterwähnte Präparate äussert daher Verfasser, zumal sie zur Krankenernährung dienen sollen, ernste Bedenken.

Ueber den Bakteriengehalt von Milchprodukten und anderen Nährmitteln.

Von Dr. Bloch, Ass.-Arzt am städt. Krankenhaus Moabit zu Berlin.
(B. kl. W. 1900 No. 4.)

Die Untersuchungs-Ergebnisse Weissenfeld's sind von B. nachgeprüft worden. Auch er fand im Plasmon einen hohen Keimgehalt, aber keinen geringeren in Nutrose und Eulactol, einen viel grösseren in Hygiama. Auch Tropon und Nährstoff Heyden fanden sich an Spaltpilzen reich. Was beweisen aber all diese Befunde bezüglich der Brauchbarkeit der betreffenden Erzeugnisse als Nährmittel? B. hat alltäglich zur Nahrung verwandte Stoffe, wie Mehl und Hafermehl, untersucht und in dem einen über 12, in dem andern über 53 Millionen Keime im Gramm gefunden. Dem wäre nun freilich entgegenzusetzen, dass man Plasmon, Tropon und dergleichen ungekocht, Mehl und Hafermehl dagegen gewöhnlich nicht roh zu geniessen pflegt. Aber B. führt auch an, dass nach Prausnitz Butter gewöhnlich 10—20 Millionen Keime enthält, ohne deswegen gesundheitsschädlich zu sein. Kurzum, ehe irgend ein Schluss über den praktischen Werth der Weissenfeld'schen Untersuchungen möglich ist, muss erst ge-

prüft werden, ob die einzelnen Nährpräparate Krankheitserreger enthalten; nicht die Zahl, sondern die Art der Pilze ist Ausschlag gebend.

Aus Vereinen und Versammlungen.

In der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins,

(105. Sitzung vom 11. Dezember 1899)

berichtet Herr **Reichard** über 3 Fälle von parenchymatöser Magenblutung. Ein Mal war der Blutung, die stets tödtlich endete, eine Bauchoperation vorhergegangen, zwei Mal erfolgte jene ohne erkennbaren Anlass. Vergeblich war bei der Leichenöffnung stets das Suchen nach einer Quelle der Blutung. Hierzu bemerkt Herr **Ewald**, dass er Aehnliches mehrmals, unter Anderem nach Typhus, beobachtet hat.

Herr **Rinne** zeigt das Präparat eines ehemals verletzten und von selbst geheilten Harnleiters. Seiner Zeit war bei einem Bauchschnitt der Harnleiter zerschnitten worden. Es entwickelte sich eine jauchige Bauchfellentzündung, der Harn floss erst aus der Bauchwunde, dann, nach Drainage des Bauchfellraumes von der Scheide aus, durch letztere ab. Vortr. hat damals versucht, das Nieren-Ende des Harnleiters in die Blase einzupflanzen, konnte aber das Ziel nicht erreichen. Mit einem Male floss weniger Harn aus der Fistel ab, und bald stellten sich völlig gesunde Verhältnisse her. Jetzt, 1 Jahr nachher, ist die Kranke an Steinniere gestorben. An dem ehemals verletzten Harnleiter sind keine Veränderungen zu sehen.

Herr **Riese** hat bei veraltetem intrakapsulärem Schenkelhalsbruch durch Schenkelkopf-Exstripation Heilung erzielt. Die Verletzte, eine Frau von 59 Jahren, war vor 5 Monaten von einer Leiter auf den linken Fuss gefallen. Der Arzt hatte damals Quetschung des Hüftgelenkes angenommen und nur für kurze Zeit Bettruhe verordnet. R. hat einen losen Bruch des Schenkelkopfs erkannt und zur operativen Entfernung des Schenkelhalses gerathen, da er mit Kocher überzeugt ist, dass ohne Operation lose Brüche dieser Art nicht heilen können. Die Verletzte hat sich um so eher zur Einwilligung entschlossen, als sie andauernd heftige Schmerzen in dem Beine hatte. Der Erfolg ist gut, die Frau kann ohne Stock gehen, auf dem linken Bein allein stehen und dieses im Hüftgelenk um 45° heben; es ist um 3 cmt. verkürzt.

Hierzu bemerkt Herr Martens, dass in der König'schen Klinik bei zwei ähnlichen Fällen in gleicher Weise ein guter Erfolg erzielt worden ist.

Es folgen Beiträge Riese's zur Chirurgie des Schädels. Zunächst wird ein 10jähriger Knabe vorgeführt, der, nach einem Revolverschuss in das linke obere Augenlid neben den Erscheinungen des Hirndrucks eine den linken unteren Theil des Gesichts, den linken Arm und in geringerem Masse das linke Bein betreffende Lähmung aufwies. Durch Röntgen-Strahlen ist ermittelt worden, dass das Geschoss dicht an der harten Hirnhaut rechts von der Mitte der hinteren Schädelgrube liegt. Ein chirurgischer Eingriff, etwa in der Gegend der Centralwindungen, wäre natürlich zwecklos gewesen. Die Lähmung besteht fort, andere Störungen sind ausgeblieben.

In ähnlicher Weise zeigte die Durchleuchtung die Nutzlosigkeit eines blutigen Eingriffs bei einem jungen Manne an, der sich eine Kugel in die rechte Schläfengegend gejagt hatte. Hier entwickelte sich nach einer Woche eine vorübergehende linksseitige Gesichtslähmung und dann erst eine bleibende mit Spannungserscheinungen verbundene Lähmung des Armes und Beines. Die Kugel liegt am Grunde der vorderen Schädelgrube links, die Lähmung dürfte durch eine Quetschung der Rindencentren oder des Marklagers zu erklären sein.

Ganz anders war der Verlauf einer Schussverletzung in die rechte Wange bei einem jungen Mädchen. Zunächt trat nur eine leichte Blutung aus der Wunde und der Nase ein, die Kugel schien vor der rechten Keilbeinhöhle zu sitzen. Nach 14 Tagen klagte die Verletzte über Kopfschmerzen, über Doppelsehen, ohne dass der Befund eine Erklärung hierfür bot. Kein Mittel half. 16 Wochen nach dem Unfall wurde über sehr heftige Schmerzen hinter dem rechten Auge, Schwachsichtigkeit auf demselben geklagt. Die Röntgen-Photographie liess den Sitz der Kugel nicht genau erkennen. Erst nach längerem Suchen fand es sich, dicht neben dem Stamm des Augenbewegungsnerven in dem von der Schädelhöhle zur Augenhöhle führenden Spalt eingeklemmt. Es war durch den Rand des grossen Keilbeinflügels gespalten, so dass eine Zacke in die Schädelhöhle ragte. Nach der Entfernung des Geschosess heilte die Wunde zwar gut aus, die Schmerzen waren verschwunden, aber die Kranke seither blind und hat eine leichte Augenmuskel-Lähmung. Mit dem Augenspiegel ist zur Zeit ein völliger Schwund des Sehnerven erkennbar. Zwei weitere mitgetheilte Fälle sind minder erwähnenswerth.

(Centralbl. f. Chir.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Erwerbsverminderung liegt nicht vor bei geringer Versteifung des Nagelgelenks des rechten Zeigefingers.

Rek. Entsch. v. 15. April 1899.

Der Lehrhäuer Hermann L. aus Reichmannsdorf wurde am 2. April 1898 im Betriebe der Eisensteingruben bei Schmiedefeld während des Förderns durch ein aus der Firste fallendes Stück Eisenstein an der Hand getroffen und erlitt dadurch eine Quetschung des rechten Zeigefingers. Auf Grund des ärztlichen Gutachtens wies der Sektionsvorstand den Entschädigungsanspruch zurück, weil die von dem Unfalle zurückgebliebenen Folgen so gering seien, dass sie eine Beeinträchtigung in der Erwerbsfähigkeit nicht bedingen könnten. Die hiergegen eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses wurden zurückgewiesen. Gründe: Der Kläger hat durch den Unfall eine Verletzung des Zeigefingers der rechten Hand erlitten. Das vorderste Glied des Fingers steht in halber Beugestellung steif und kann bei den Faustbildung nicht völlig in die Hand eingeschlagen werden. Sonstige Unfallsfolgen fehlen; namentlich besteht keine Entzündung oder Empfindlichkeit des Fingers und der darauf befindlichen Narbe und keine Abnahme der Kraft. Bei diesem aus den Attesten der Sachverständigen sich ergebenden, durch die Augenscheineinnahme bestätigten Sachverhalt kann der Ansicht des Schiedsgerichts, dass eine messbare Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch den Unfall nicht bedingt werde, nicht entgegengetreten werden. Es liegt nichts weiter vor als eine Beeinträchtigung der Streck- und Beugungsfähigkeit des vordersten Gliedes des rechten Zeigefingers; derartige geringfügige Abweichungen von der Norm sind nicht geeignet, eine nennenswerthe Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten auf dem gesammten Gebiete des wirthschaftlichen Lebens herbeizuführen; sie stellen einen wirthschaftlichen Schaden, der einen Ausgleich durch Zubilligung einer Rente erfordert, nicht dar (zu vergleichen Rekursentscheidungen 1581 a bis c, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1897 Seite 266.) (Kompass, 1899, No. 17.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Zum Nachweis der Gesundheitsgefährlichkeit einer Einrichtung ist nicht erforderlich, dass die Einrichtung bereits in einem Falle gesundheitsschädlich gewirkt hat.

Entsch. vom 21. Februar 1899.

Durch Kassel führt das sog. „Druselwasser", das unter städtischer, zum Theil unter staatlicher Verwaltung steht; an das „Druselwasser" sind zahlreiche öffentliche und private Gebäude durch Ausflüsse und Abstiche angeschlossen. Durch einen Regirungskommissar und den Kreisphysikus wurde festgestellt, dass Zuflüsse von Miststätten und Abwässer aus Häusern in den Druselbach fliessen. Mit Rücksicht auf diese Verunreinigungen ist das Leitungswasser chemisch und bakteriologisch untersucht worden. Bei der chemischen Untersuchung, welche von Professor D. ausgeführt wurde, fanden sich erhebliche Beimengungen von Chlor in Höhe von 14,2 bis 21,2 mg auf das Liter, ferner geringe Mengen von Schwefelsäure und mehr oder weniger geringe Spuren von Salpetersäure. Bei der bakteriologischen Untersuchung in einer dortigen Apotheke fanden sich am zweiten Tage nach der Beschickung der Gelatineplatten in jeder Probe sehr zahlreiche Keime entwickelt und zwar 4788 bis 27783 auf ein Kubikcentimeter. Unter diesen Keimen fanden sich auch Fäulnissbakterien in grosser Menge. Die Sachverständigen sprachen sich dahin aus, dass wegen der grossen Zahl der entwickelten Keime und des Vorkommens von Fäulnissbakterien das Druselwasser unter Umständen die Gesundheit schädlich beeinflussen könne. Aus dem Ergebniss dieser Ermittelungen gewann der Regierungspräsident die Ueberzeugung, dass das Druselwasser zum Trinken unverwendbar und auch der Gebrauch zu sonstigen Haushaltungszwecken schädlich sei, seine Verwendung vielmehr beim Auftreten ansteckender Krankheiten mit grosser Gefahr für Kassel verbunden sei, und deshalb die Schliessung der Leitung aus sanitätspolizeilichen Gründen geboten erscheine. Die Klage verschiedener Eigenthümer erachtete das Oberverwaltungsgericht nur deshalb für begründet, weil die Ortspolizeibehörde und nicht der Regirungspräsident die fragliche Verfügung erlassen musste; die Gesundheitspolizei wird im Allgemeinen zu den Aufgaben der Ortspolizei gezählt. Zur Vermeidung künftiger Streitigkeiten wurde aber vom Oberverwaltungsgericht u. A. Folgendes ausgeführt: Unzutreffend ist der Einwand, dass ein Schaden aus dem Gebrauch des Wassers nicht entstanden oder dass eine mit seiner Verwendung nachweisbar im Zusammenhange stehende Erkrankung nicht vorgekommen sei. Da es zu den aus dem Wesen der Polizei folgenden Obliegenheiten gehört, den Gefahren, die Leben und Gesundheit der Menschen bedrohen, vorzubeugen und drohenden Schaden zu verhüten, so kann der Nachweis eines bereits eingetretenen Schadens unmöglich eine unerlässliche thatsächliche Voraussetzung des polizeilichen Einschreitens sein, diese muss vielmehr als gegeben erachtet werden, wenn die vorliegenden Umstände die Befürchtung, dass ein solcher in Zukunft eintreten werde, rechtfertigen. Dass das „Druselwasser" als gesundheitsschädlich anzusehen ist, kann nach dem Ergebniss der chemischen und bakteriologischen Untersuchung nicht bezweifelt werden. Wenn auch direkt pathogene Keime im Wasser nicht gefunden sind, so lässt doch die überaus grosse Anzahl der im Wasser entwickelten Keime, die bei allen Proben die Zahl von 4000 auf das Kubikcentimeter übersteigt, in Verbindung mit dem Vorkommen zahlreicher Fäulnissbakterien keinen Zweifel an der Gesundheitsgefährlichkeit des Wassers übrig. Der Schluss, dass das Leitungswasser zum Trinken, Kochen, zur Zubereitung von Nahrungs- oder Genussmitteln, ja selbst zu jedem sonstigen Gebrauche, der es in eine, wenn auch nur indirekte Verbindung oder Berührung mit zum Genuss für Menschen bestimmten Stoffen bringt, wie Spülen von Essgeschirr oder Bierfässern, nicht ohne Gefahr für die Gesundheit verwendet werden kann, erscheint daher völlig gerechtfertigt. M.

Gewerbesteuerbefreiung.

Entscheidung vom 5. Mai 1898.

Der approbirte Arzt Dr. med. R., welcher sich als „Arzt für Nervenkrankheiten" bezeichnete und dessen Spezialfach nach seiner Angabe dasjenige eines Irrenarztes war, hatte am 1. Januar 1897 eine Privatirrenanstalt für etwa 15 Kranke auf dem Lande errichtet. Nach dem Prospekte war sie für Nerven- und Gemüthskranke beiderlei Geschlechts mit Einschluss der an Morphinismus und Alkoholismus Leidenden bestimmt; der monatliche Pensionspreis betrug bei gleicher Ausstattung der Zimmer 150 bis 250 M. und erhöhte sich bei besonderen Ansprüchen; in dem Pensionspreise waren die Kosten für ärztliche Behandlung, Kost, Wohnung, Beleuchtung, Heizung, Bedienung, Bäder u. s. w. enthalten; Nachtwachen, Wäschereinigung, Medikamente u. s. w. wurden besonders berechnet; der Unternehmer wohnte in der Anstalt, der er seine ausschliessliche Thätigkeit widmete. Im Mai 1897 befanden sich acht Kranke in der Anstalt. Der Anstaltsinhaber wurde für 1897/98 in Klasse III zu 80 M. Gewerbesteuer veranlagt; sein Einspruch und seine Berufung, in denen er ausführte, dass er sein Spezialfach als Irrenarzt ohne eine Anstalt überhaupt nicht ausüben könne und einer Anstalt auch zu dem Zwecke seiner Fortbildung bedürfe, wurde zurückgewiesen, letztere mit folgender Begründung: Nach den Preisen, welche von den in Ihrer Heilanstalt untergebrachten Kranken für Wohnung, Beköstigung etc. gezahlt werden, und mit Rücksicht auf den Werth des Anlage- und Betriebskapitals muss angenommen werden, dass der Anstaltsbetrieb auf Erzielung eines Gewinnes gerichtet ist und bei demselben in überwiegendem Masse Vermögensinteressen verfolgt werden. Ein solcher Betrieb ist nach den gesetzlichen Vorschriften der Gewerbesteuer unterworfen, und nach Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgerichts in solchem Falle auch die Ausübung des ärztlichen Berufes innerhalb des Anstaltsbetriebes als Thätigkeit im Gewerbebetriebe anzusehen. Auf die Beschwerde wurde Freistellung von der Gewerbesteuer angeordnet, indem die Angaben des Veranlagten für glaubhaft erachtet wurden und danach als festgestellt angenommen wurde, dass der Unternehmer mit der Unterbringung und Verpflegung der Patienten in seiner Anstalt die Erzielung eines besonderen Gewinnes nicht erstrebe, die Anstalt vielmehr lediglich als Mittel zur Ausübung seiner Thätigkeit als Irrenarzt unterhalte. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Piskoček Prof. Dr. in Linz a. D. **Ueber Ausladungen umschriebener Gebärmutterabschnitte als diagnostisches Zeichen im Anfangsstadium der Schwangerschaft.** Wien. Braumüller. Pr. 3,0 Mk.

Durch vielfache Studien hat Verf. System in die schon früher bekannte Beobachtung gebracht, dass die Grössenzunahme des Uterus im Beginne der Schwangerschaft bis etwa zum Ende des III. Lunarmonats eine ungleichmässige ist und entweder eine seitliche Hälfte, besonders eine Tubenecke oder die vordere bezw. hintere Wand betrifft. Meist erst vom IV. Lunarmonat an nimmt der Uterus eine gleichmässige Ovoidform an. Verf. detaillirt dann die verschiedenen Ausladungen nach ihrer Form und auch dem Vorkommen bei virginalem und

retroflectirtem Uterus. Bei auffallend tiefem Sitze der Ausladung soll man eine Placenta praevia erwarten können, bei Ausladung einer Tubenecke soll dieselbe sicher auszuschliessen sein. Bei der Ausladung einer Tubenecke soll das Ei nahezu sicher aus dem Eierstocke stammen, der der ausgeladenen Tubenecke entspricht. (Und wie soll es z. B. bei äusserer Ueberwanderung des Eies sein? Ref.)

Ein sicheres Kennzeichen der beginnenden Schwangerschaft soll sein eine Ausladung am Uterus, bei gleichzeitiger Hegar'scher Kompressibilität und Konsistenzverminderung an der ausgeladenen Stelle. Wenn diese Merkmale nicht vorhanden sind, soll man nahezu sicher eine Schwangerschaft ausschliessen können.

Verf. macht aber auch darauf aufmerksam, dass durch eine Kontraktion des Uterus während der Untersuchung sowohl die Konsistenzdifferenz als auch die Ausladung verwischt werden kann. Darin liegt eine Einschränkung des diagnostischen Werkes dieser Befunde, die besonders auch von Richard Braun in ihrer Erklärung aber m. E. zu sehr angezweifelt werden!

Ref. hat vor Kurzem einen Fall beobachtet, in welchem die Ausladung nach Mitte des V. Lunarmonats so ausgesprochen war, dass man an eine extrauterine oder Gravidität im Horne eines Uterus bicornis denken musste, was erst durch den weiteren normalen Verlauf der Schwangerschaft widerlegt wurde. Schwarze.

Handbuch der Prophylaxe, Abth. I, Teil I, **Schäffer** Pr. Doc. Dr. Oscar, Prophylaxe bei Frauenkrankheiten. München b. Seitz & Schauer. Mk. 1,50.

Das Kapitel ist ein etwas sprödes, da die Verhinderung der Entstehung von Frauenkrankheiten stets in das Gesammtgebiet der internen Pathologie und in den Zusammenhang zwischen dem Gesammtorganismus mit dem Sexualsystem hinüberführt. Die Prophylaxe der Sexualleiden ist also häufig eine Prophylaxe aller möglichen nervösen Leiden, aller möglichen Stoffwechselanomalien, deren Besprechung wieder aus dem Rahmen des Spezialfaches herausfällt. Dadurch erhalten die einzelnen Kapitel etwas Zerrissenes, Skizzenhaftes!

Schäffer theilt seinen Stoff in die Prophylaxe hinsichtlich

a) der primären Ursache oder der Beanlagung zu dem betreffenden Leiden,
b) der Veranlassung zum Zustandekommen des Leidens,
c) der Folgen des Leidens (inkl. der Kombination mit Schwangerschaft),
d) der Folgen typischer Fehler bei der Behandlung.

Es spricht durch:

1. Die Bildungsanomalien und Entwickelungshemmungen,
2. Gestalt und Lageveränderungen,
3) Entzündungen und Ernährungsstörungen,
4) Verletzungen,
5) Neubildungen.

Schwarze.

von Esmarch, Hygienisches Taschenbuch II. Aufl. Berlin, Julius Springer. 1898. Preis geb. 4.— M.

Der Werth dieses Werkchens ist anerkannt. Es giebt durch Anführung von Normativbestimmungen, Erfahrungsthatsachen von Zahlen sowie von Bezugsquellen dem praktischen Hygieniker, d. h. dem Physiker, Verwaltungsbeamten, Baumeister etc., Fingerzeige, wie er im Einzelfall verfahren soll.

Dass es schwer ist, bei solchem Programm den Umfang der Materie richtig zu begrenzen ist wohl ersichtlich. Jeder hat gewiss seine Sonderwünsche.

So z. B. möchte Ref. nach Benutzung der II. Auflage eine Ergänzung und Erweiterung der speciellen Bauhygien eempfehlen wie z. B. der Minimalluftträume pro Kopf für Irrenanstalten, Gefängnisse, Waisenhäuser, Herbergen etc. L.

Gebührenwesen.

In einem Urtheile vom 5. Januar 1899 (Entsch. Bd. 45 S. 227) hat das Reichsgericht den Rechtsgrundsatz anerkannt, dass auf Grund des Gesetzes vom 9. März 1872 die Medizinalbeamten für medizinal- oder sanitätspolizeiliche Verrichtungen, welche von ihnen im Interesse der Ortspolizei verlangt werden, und welche sie an ihrem Wohnorte oder innerhalb einer Viertelmeile von demselben zu vollziehen haben, ausser den etwaigen Fuhrkosten eine Gebühr bis zu 15 Mark für den Tag von den Gemeinden dann beanspruchen können, wenn diese die Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung gesetzlich zu tragen haben, sowie dass ihnen der gleiche Anspruch gegen den Staat zusteht, wenn dieser in Gemässheit des Gesetzes vom 20. April 1892 in denjenigen Stadtgemeinden, in welchen die örtliche Polizeiverwaltung von einer Königlichen Behörde geführt wird, alle durch diese Verwaltung entstehenden Ausgaben übernommen hat. — Wird ein Medizinalbeamter auf Anordnung des Gerichtes in einer Prozesssache oder einer Strafsache als Sachverständiger vernommen, so hat er auf Grund des § 2 der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 30. Juni 1878 bezw. 20. Mai 1898 gleichfalls Anspruch auf Vergütung und zwar gemäss § 13 unter Berücksichtigung der ihm günstigeren Sätze des Gesetzes vom 9. März 1872. Allein nach § 17 werden die ihm zu gewährenden Beträge durch das Gericht oder den Richter, vor welchem die Verhandlung stattfindet, festgesetzt, und ist gegen diese Festsetzung nur die Beschwerde zugelassen. Werden dem Medizinalbeamten auf diesem Wege die Gebühren zu niedrig bemessen, so giebt es dagegen keine Abhilfe, weil nach dem Urtheile vom 22. Dezember 1898 (Entsch. Bd. 48 S. 47) das Beschreiten des Rechtsweges ausgeschlossen ist, welcher zu Folge des Gesetzes vom 24. Mai 1861 ihm bei Verfolgung seiner Ansprüche gegen den Staat sonst zusteht.

Dr. B. Hilse.

Tagesgeschichte.

Entwurf von Vorschriften über den Verkehr mit Geheimmitteln.

Das „Aerztliche Vereinsblatt" theilt den Wortlaut des gegenwärtig dem Bundesrath vorliegenden Entwurfs mit. Er lautet:

§ 1. Auf den Verkehr mit Geheimmitteln, die zur Verhütung oder Heilung von Menschen- und Thierkrankheiten bestimmt sind, finden die Vorschriften der nachstehenden §§ 2 bis 6 Anwendung.

§ 2. Welche Stoffe, Zubereitungen und Gegenstände als Geheimmittel im Sinne dieser Vorschriften zu gelten haben, wird durch die Landescentralbehörde bestimmt.

Als Geheimmittel werden in der Regel nicht erklärt Stoffe und Zubereitungen, welche

1. in das deutsche Arzneibuch aufgenommen worden sind und unter der dort angewendeten Bezeichnung angeboten werden;

2. in der medizinischen Wissenschaft und Praxis als Heilmittel allgemeine Anerkennung gefunden haben;

3. lediglich als Desinfektionsmittel, kosmetisch Meittel,

Nahrungs- und Genussmittel oder Kräftigungsmittel angeboten werden.

§ 3. Die öffentliche Ankündigung von Geheimmitteln ist verboten.

§ 4. Die Gefässe und die äusseren Umhüllungen, in denen Geheimmittel abgegeben werden, müssen mit einer Inschrift versehen sein, welche den Namen des Geheimmittels und den Namen oder die Firma des Verfertigers deutlich ersehen lässt. Ausserdem muss die Inschrift auf den Gefässen oder den äusseren Umhüllungen den Namen oder die Firma des Geschäfts, in welchem das Geheimmittel verabfolgt wird, und die Höhe des Abgabepreises enthalten.

Es ist verboten, auf den Gefässen oder äusseren Umhüllungen, in denen Geheimmittel abgegeben werden, Anpreisungen, insbesondere Empfehlungen, Bestätigungen, gutachtliche Aeusserungen oder Danksagungen, in denen eine Heilwirkung oder Schutzwirkung dem Geheimmittel zugeschrieben wird, anzubringen oder solche Anpreisungen, sei es bei der Abgabe von Geheimmittel, sei es auf sonstige Weise zu verabfolgen.

§ 5. Auf die Verabfolgung von Geheimmitteln in den Apotheken finden die §§ 1 bis 8 der vom Bundesrath am 13. Mai 1896 (§ 293 der Protokolle) beschlossenen Vorschriften, betreffend die Abgabe stark wirkender Arzneimittel etc., Anwendung.

Der Apothekeninhaber ist verpflichtet, sich Gewissheit darüber zu verschaffen, dass die Verabfolgung der von ihm vorräthig gehaltenen Geheimmittel im Handverkaufe den in Abs. 1 bezeichneten Vorschriften nicht zuwiderläuft.

Geheimmittel, über deren Zusammensetzung der Apothekeninhaber sich nicht so weit vergewissern kann, dass er die Zulässigkeit der Abgabe im Handverkauf zu beurtheilen vermag, dürfen nur auf schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes, Zahnarztes oder Thierarztes, in letzterem Falle jedoch nur beim Gebrauche für Thiere verabfolgt werden. Die wiederholte Abgabe ist nur auf jedesmal erneute ärztliche, zahnärztliche oder thierärztliche Anweisung gestattet.

Bei Geheimmitteln, welche nur auf ärztliche Anweisung verabfolgt werden dürfen, muss auch auf den Abgabegefässen oder den äusseren Umhüllungen die Inschrift „Nur auf ärztliche Anweisung abzugeben" angebracht sein.

§ 6. Geheimmittel, durch deren Verwendung die Gesundheit gefährdet wird, sowie solche Geheimmittel, durch deren Vertrieb das Publikum in schwindelhafter Weise ausgebeutet wird, dürfen nicht abgegeben oder feilgehalten werden. Welche Geheimmittel diesem Verbote unterliegen, bestimmt die Landescentralbehörde.

So soll also endlich die Geheimmittelfrage für ganz Deutschland einheitlich geregelt werden! Gewiss ein grosser Fortschritt gegenüber dem Gewirr der früher erlassenen, für jeden Regierungsbezirk verschiedenen Verordnungen. Man erkennt auf den ersten Blick in dem obigen Entwurf manches Neue und Erfreuliche. Die alte, ewig ungelöste Streitfrage, wie der Begriff Geheimmittel zu bestimmen sei, hat man nicht von Neuem zu lösen versucht, sondern in ganz zweckmässiger Weise umgangen. Prinzipiell ist nur das Eine festgestellt, dass nicht blos Mittel zur Heilung, sondern auch solche zur Verhütung von Krankheiten unter den Begriff Geheimmittel fallen können — früher ist in der Gerichtspraxis gelegentlich das Gegentheil angenommen worden. Sehr wünschenswerth wäre es, wenn ausdrücklich an dieser Stelle auch die Mittel zur Linderung von Leiden Erwähnung fänden, da sonst für findige Giftmischer immer noch ein Hinterthürchen übrig bleibt.

Im § 2 ist bemerkenswerth, dass das Gesetz sich nicht bloss auf Stoffe und Zubereitungen, sondern auch auf „Gegenstände" erstrecken soll. Wem fiele nicht das famose Voltakreuz ein! Bedenklich erscheint der zweite Untersatz dieses Paragraphen, insofern als schwer festgestellt werden kann, ob irgend ein Mittel in der medizinischen Wissenschaft und Praxis allgemeine Anerkennung gefunden hat. Es werden besonders aus dem Auslande massenhafte Spezialitäten eingeführt, die in ihrer Heimath entschieden unter den Aerzten eine Anzahl von Anhängern haben, und auch bei uns zu Lande werden täglich neue Erzeugnisse der chemischen Industrie ärztlicherseits empfohlen. Wie wird sich die Centralbehörde gegenüber diesen Mitteln stellen?

Was unter „öffentlicher Ankündigung" zu verstehen ist, könnte vielleicht schärfer präzisirt werden. Sehr richtig wäre es, ein für allemal festzustellen, ob das Anbringen von Plakaten in Schaufenstern, eines der gebräuchlichsten Anpreisungsmittel, hierher gehört.

§ 5 Abs. 2 ist geeignet, bei strenger Durchführung die Abgabe von Geheimmitteln im Handverkauf fast ganz zu verhindern. Alle die modernen Spezialitäten bekommt der Händler verschlossen in Originalpackung, so dass es ihm unmöglich ist — abgesehen selbst von der oft unüberwindlichen Schwierigkeit derartiger Untersuchungen —, zu prüfen, was für Stoffe in dem Mittel enthalten sind.

Weder angeboten noch feilgehalten sollen nur diejenigen Geheimmittel werden, die die Gesundheit gefährden oder deren Vertrieb das Publikum in schwindelhafter Weise ausbeutet. Ganz leicht wird die Handhabung dieses Paragraphen nicht sein. Bis zu einem gewissen Grade gefährdet schliesslich jedes stark wirkende Mittel die Gesundheit, so dass also die Centralbehörde in der Lage wäre, alle derartigen Stoffe oder Zubereitungen, die auf der Geheimmittel-Liste stehen, vom Verkauf auszuschliessen.

In einem Punkte ist der Entwurf milder als manche früheren Verordnungen. Während nämlich früher verlangt wurde, dass von allen Spezialitäten die Bestandtheile mitgetheilt würden, ist von dieser Bedingung jetzt ganz Abstand genommen worden. Wir halten das für kein grosses Unglück, denn das Publikum kann den Werth oder Unwerth eines Heilmittels ebenso wenig beurtheilen, wenn es unter den Bestandtheilen fremdländische Pflanzen oder komplizirte chemische Stoffe verzeichnet findet, als wenn es einen beliebigen Fantasie-Namen liest.

Vorausgesetzt, dass der Entwurf rechtskräftig wird, so hängt seine Wirksamkeit natürlich zum grossen Theil von der Höhe der festgesetzten Strafen ab. Wir wollen hoffen, dass sie besonders für Uebertreter des § 6 nicht zu milde ausfallen!

Zum anderen Theile aber wird der Centralbehörde die ernste und schwere Verantwortlichkeit für Nutzen oder Unfruchtbarkeit der Vorschriften zufallen. Bei dem ungeheuren Umfang des zu überwachenden Gebietes wird sich bestimmt über kurz oder lang eine besondere Ausgestaltung jener Behörde mit Rücksicht auf die Ueberwachung des Arzneimittelhandels — in dem es ja auch sonst allerlei offene Fragen giebt — als nothwendig erweisen. Sonst ist zu fürchten, dass die Vorschriften ein Schlag ins Wasser sein werden.

Ein Museum für Krankenpflege.

Die vorjährige Ausstellung für Krankenpflege hat ein derartig günstiges Ergebniss gehabt, dass ein Ueberschuss von 14000 Mk. erzielt worden ist. Dieses Kapital soll nach einem Handschreiben Ihrer Majestät der Kaiserin an das Komitee den Grundstock für ein zu errichtendes Krankenpflege-Museum bilden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5 — pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 5. Ausgegeben am 1. März.

Inhalt:

Isolirte Lähmung eines M. triceps bracchii nach Trauma.

Von
Dr. Karl Gumpertz-Berlin,
Nervenarzt.

Der im Folgenden beschriebene Fall[1]) hat einer Begutachtung nicht unterlegen, dürfte aber für den ärztlichen Sachverständigen von Interesse sein, da auch ein Betriebsunfall leicht zu ähnlichen Folgen führen kann.

Der 20 Jahre alte Arbeiter O. H. giebt an, er sei voriges Jahr (1898) vom Pferde gefallen, sodass er auf den linken Arm zu liegen kam, nachher habe er Schwellung und Schwerbeweglichkeit des Armes bemekt, die er mit Einreibungen behandelte. Ein Arzt sei nicht gefragt worden. Am 15. Juli 1899 stellte ich bei dem kleinen, mittelkräftigen Menschen Folgendes fest:

Der linke Arm erscheint erheblich dünner. Der linke Vorderarm steht in mittlerer Beugestellung. Streckung desselben gegen den Oberarm ist aktiv fast unmöglich.

Erhebt man den linken Arm bis zur Vertikalen und lässt dann die Hand los, so federt der Vorderarm sofort in die Beugestellung zurück, während die Erhebung des Oberarmes auch aktiv geleistet wird (vergl. die umstehende Abbildung).

[1]) Derselbe entstammt der Praxis des Herrn Sanitätsrath Dr. Leppmann, welchem ich für die Ueberlassung zu Dank verpflichtet bin.

Stehend kann Pat. den Arm nie fallen lassen; wenn er ihn ausstrecken will, muss er die Schulter zurückziehen und ein wenig heben; dann gelingt die halbe Streckung.

Sie gelingt nicht, wenn der Oberarm auf dem Tische aufliegt.

Die volle Streckung des Vorderarmes ist selbst passiv nicht ganz möglich.

Der grösste Umfang des Oberarmes beträgt r. 27 cm, l. 24 cm, des Vorderarmes r. 25,7, l. 24 cm. Die linke Hand ist gleichfalls kleiner als die rechte; der Händedruck links weit schwächer. Die Untersuchung mit dem faradischen Strome ergiebt links fehlende Erregbarkeit des Muskelbauches des Triceps, geringe Erregbarkeit des Caput longum.

Der Anconaeus IV, welcher rechts den Arm lehr lebhaft streckt, ist links nicht zu erregen.

Bei galvanischer Untersuchung erfolgt links ganz geringe Strecklokomotion von der Tricepssehne bezw. von den seitlichen Muskelbäuchen, diese Streckbewegung ist nur bei A S Z deutlich darstellbar und erfolgt exquisit träge.

Bei Reizung des N. radialis an der Umschlagsstelle erfolgt keine sichtbare Zusammenziehung des M. triceps.

Die Sensibilität erscheint überall ungestört.

Für die Funktion des Armes ist also hier der Triceps ganz ausgefallen; der Vorderarm fällt lediglich der Schwere

nach und geräth in stärkste Beugung, sobald der Oberarm erhoben wird.

Der Anconaeus longus scheint besser erhalten zu sein, er hat noch geringe faradische Erregbarkeit aufzuweisen. Sollte er aber selbst entsprechend funktionstüchtiger sein, so würde durch ihn doch eine erhebliche Streckung nicht herbeigeführt werden. Das Caput longum dient nach den Versuchen von Duchenne[2]) wesentlich als Feststeller des Oberarm-Schultergelenks bei der durch den M. latissimus und pectoralis major bewirkten Senkung des Oberarmes. Die in unserem Falle an der gesunden und kranken Seite erhobenen Befunde bestätigen durchaus die Ansicht Duchennes, dass die seitlichen Bäuche des Triceps, demnächst der Anconaeus quartus, für die Streckung des Vorderarmes in Betracht kommen.



Die Lähmung des Triceps ist eine degenerative. Sie muss — ebenso wie die noch konstatirbare allgemeine Muskelschwäche des Armes, die Kleinheit der Hand, auf das im vorigen Jahre erlittene Trauma zurückgeführt werden. Da der linke Arm beim Fallen zwischen Boden und Körper gepresst wurde, so ist es vermuthlich zu einer Quetschung des M. triceps und seiner Nervenäste, vielleicht auch zu einem Oberarmbruche gekommen. Nach einem solchen wurde von Seeligmüller bereits eine isolirte Lähmung des M. triceps beobachtet.

Auffallend wäre es allerdings, dass ein solcher Bruch ohne rationelle Behandlung so geheilt ist, dass man die Bruchstelle nicht mehr findet.

Da Pat. nie ärztlich untersucht wurde, so ist auch nichts darüber bekannt, ob etwa andere Lähmungen im Bereiche des Plexus bracchialis bestanden haben, welche zu der — weniger erheblichen — Unterernährung der Muskulatur des Vorderarmes und der Hand geführt haben. Bei dem Mangel distinkter Muskelatrophie, nachweisbarer Sensibilitätsstörungen und elektrischer Veränderungen — abgesehen von dem Tricepsbefunde — ist es nicht wahrscheinlich, dass eine ausgebreitete Neuritis vorhanden war.

Dass der linke Arm von Hause aus erheblich kleiner und schwächer gewesen sei, ist bei der guten Entwickelung des linken Beines unwahrscheinlich.

Was ausser der Tricepslähmung besteht, ist also wohl als Inaktivitätsatrophie aufzufassen. Pat. giebt übrigens an, als Kind einen Schrotschuss durch die linke Maus erhalten zu haben, hat aber vor dem Unfalle von einer Kraftlosigkeit der linken Hand nichts gemerkt.

Gegen eine reine muskuläre Lähmung und Atrophie spricht die nachgewiesene Entartungsreaktion: auch die Funktionslosigkeit und faradische Unerregbarkeit des räumlich von der Druckstelle weit entfernten Anconaeus quartus müsste auffallen.

Durch Ueberanstrengung des Triceps sah Oppenheim[3])



einmal eine Lähmung dieses Muskels, Gowers[4]) dreimal eine Lähmung des N. radialis entstehen.

In unserem Falle war wahrscheinlich der Arm stark gestreckt, als Pat. mit dem Körper auf ihn fiel; der kontrahirte und von dem Körper gedrückte Muskel bewirkte also eine heftige Kompression der einstrahlenden Nervenäste.

Ein erhebliches Arbeitshinderniss ist durch diese Lähmung nicht herbeigeführt worden.

Einfluss erlassener Polizeiverordnungen auf die Genehmigung der Anträge zum Errichten von Privat-Kranken-, Entbindungs-, Irrenanstalten.

Von
Kreisgerichtsrath Dr. B. Hilse.

Auf Grund des § 30 der Gew.-Ord. bedürfen die Unternehmer von privaten Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten einer

²) Duchenne, Physiologie der Bewegungen. Uebersetzt von Wernicke 1885, S. 98, 99.

³) Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1894, S. 293.

⁴) Bernhardt, Die Erkrankungen der peripherischen Nerven I, Wien 1895, S. 357.

Konzession der höheren Verwaltungsbehörde, welche aus theils in der Person des Bewerbers, theils in der Lage und Beschaffenheit der zu benutzenden Baulichkeiten zu findenden Gründen versagt werden kann. Was die Baulichkeiten anlangt, so ist sie nur zu versagen, wenn nach den von dem Unternehmer einzureichenden Beschreibungen und Plänen die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht entsprechen. Zufolge § 115 des Zust.-G. vom 1. August 1883 beschliesst in Preussen über derartige Anträge der Bezirksausschuss und findet gegen den die Konzession versagenden Beschluss innerhalb zwei Wochen der Antrag auf mündliche Verhandlung im Verwaltungsstreitverfahren mit dem Rechtsmittel der Berufung an das Oberverwaltungsgericht statt. Für die im Verwaltungsstreitverfahren zu treffenden Entscheidungen sind die von den Medizinalaufsichtsbehörden innerhalb ihrer gesetzlichen Zuständigkeit getroffenen allgemeinen Anordnungen über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen, welche an die baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen solcher Anlagen zu stellen sind, massgebend.

In der wohlmeinenden Absicht, für das gesammte Staatsgebiet zu einheitlichen Grundsätzen zu gelangen, wurde unter dem 19. August 1895 (Min.-Bl. d. i. V. S. 261) mittels Runderlasses der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, des Innern, für Handel und Gewerbe und für öffentliche Arbeiten den obersten Verwaltungsbehörden der Entwurf zu einer Polizeiverordnung betreffend die Anlage, den Bau und die Einrichtung der öffentlichen und Privatkrankenanstalten bekanntgegeben, unter dessen Benutzung zunächst die Sigmaringer Polizeiverordnung vom 13. November 1895 erlassen, welcher bald solche für die übrigen Landestheile unter theilweiser Abschwächung derselben gefolgt sind. Für den Umfang der Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin ist solche unter dem 8. Juli 1898 verkündet, deren § 28 bereits unter dem 16. Dezember 1898 dahin abgeändert, dass in besonderen Fällen Ausnahmen von ihren strengbindenden Vorschriften theils der Regierungspräsident, theils der Polizeipräsident in Berlin, theils der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten im Einverständniss mit dem Minister des Innern zulassen darf.

Die vorgesehenen Bau- und Benutzungsbeschränkungen sind theils baupolizeilicher, theils gesundheitspolizeilicher Natur. Manche von ihnen sind so lästig, dass sie das Errichten derartiger Heilanstalten in bereits vorhandenen Gebäuden oder in geschlossenen Strassen fast unmöglich machen. Auf die vor ihrem Erscheinen bereits errichteten Anstalten erstrecken zufolge § 26 sich deren Vorschriften nicht. Für diese können mithin die bisherigen Baulichkeiten unbesorgt weiterbenutzt werden, so lange nicht ein umfangreicherer Reparaturbau oder Umbau derselben nothwendig wird. Es werden grosse, mittlere und kleine Anstalten auseinandergehalten und dementsprechend die Erfordernisse abweichend geregelt. Flure und Gänge sollen in der Regel mindestens 1,80 m breit einseitig angelegt werden. Mittelgänge sind nur zulässig, wenn sie ausreichendes Licht von aussen erhalten, mindestens 2,50 m breit und gut lüftbar sind. Doch genügt bei Anstalten mit nicht mehr als 30 Betten hier eine Breite von 2 m. Die Treppen sollen mindestens 1,30 m breit sein, die Stufen mindestens 28 cm Auftrittsbreite und höchstens 18 cm Steigung haben, auch in grösseren und mittleren Anstalten feuersicher hergestellt werden, endlich Licht und Luft von aussen her erhalten. In Krankenzimmern soll die Fensterfläche mindestens $^1/_7$ der Bodenfläche betragen und die Höhe der Zimmer nicht unter 3,5 m zurückbleiben. Bei Belegen mit mehreren Betten ist für jedes Bett ein Luftraum von 30 cbm bei Erwachsenen, 25 cbm bei Kindern angeordnet, sowie in Einzelzimmern ein solcher von 40 cbm. Auch müssen in gemeinsamen Krankenzimmern von 4 m Höhe oder mehr mindestens 7,5 qm, in Einzelzimmern mindestens 10 qm Bodenfläche auf jede Lagerstelle entfallen. Es dürfen nicht mehr als 30 Betten in einem Zimmer aufgestellt werden. Die Kranken sind nach Geschlechtern abzutrennen, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren. Für sämmtliche Anstalten muss in jeder Abtheilung oder jedem Geschoss mindestens ein geeigneter Tageraum für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, bei grösseren und mittleren wird auch noch ein Garten in das Auge gefasst.

Die Zweckmässigkeit dieser Vorschriften lässt sich nicht verkennen und ebensowenig sich dagegen Etwas einwenden, dass diese allerorts möglichst gleichmässig Anwendung finden sollen. Dass hier und da veränderte Umstände ein Abgehen von den strengen Bestimmungen rechtfertigen können, liegt auf der Hand, und deshalb ist auch voll zu billigen, dass davon dispensirt werden darf. Allein gerade die Regelung der Behandlung der Dispensationsgesuche ist ausschlaggebend dafür geworden, dass das Oberverwaltungsgericht in einem Urtheile vom 27. Mai 1899 (Entsch. Bd. 35 S. 342) den diesbezüglichen Polizeiverordnungen jede rechtliche Wirkung aberkennt. Davon ausgehend, dass derarte Polizeiverordnungen für die nach § 30 der Gew.-Ord. konzessionspflichtigen Anstalten den Zweck verfolgen, den § 115 Abs. 3 des Zust.-Ges. vom 1. August 1883 zur Ausführung zu bringen, d. h. die den Medizinalaufsichtsbehörden anvertrauten allgemeinen Anordnungen über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen, welche an die baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen solcher Anstalten zu stellen sind, zu treffen, mithin bestimmt sind, die konzessionirende Behörde zu binden, gelangt es zu der Schlussfolgerung, dass sie nicht in der Form einer Polizeiverordnung ergehen können. Denn wie auch schon das Urtheil vom 19. Januar 1898 (Entsch. Bd. 33 S. 341) dargelegt hat, ist eine Polizeiverordnung ausgeschlossen, wenn gegenüber den Unterthanen weder ein Gebot, noch ein Verbot, noch eine Strafandrohung zum Ausdrucke gebracht, vielmehr bloss eine andere Behörde bindende Normen getroffen werden sollen; und deshalb bestehen die Polizeiverordnungen vom 8. Juli und 16. Dezember 1898, sowie die den gleichen Gegenstand behandelnden sonstwo erlassenen nicht zu Recht. Dies würde jedoch nicht hindern, dass sie als allgemeine Anordnungen des hier beregten § 115 Abs. 3 Wirksamkeit haben, weil der Umstand, dass bei ihrem Zustandekommen der Provinzialrath mitgewirkt hat, dem nicht entgegensteht, sie als Anordnung des Oberpräsidenten gelten zu lassen. Allein die Thatsache, dass in ihnen zahlreiche Ausnahmen von den vorher gestellten Anforderungen zugelassen und die Ertheilung des Dispenses theils dem Regierungspräsidenten, theils dem Polizeipräsidenten, theils dem Minister übertragen sind, steht dem entgegen. Denn es wird durch diese Uebertragung der von dem Bezirksausschuss im Einzelfalle zu treffenden Entscheidung auf andere Behörden die den Medizinalaufsichtsbehörden in dem § 115 Abs. 3 des Zust.-Ges. verliehene Befugniss überschritten. Es können nämlich die dort beregten allgemeinen Anordnungen nur entweder ausnahmslose Vorschriften treffen oder müssen, falls sie Ausnahmen gestatten, deren Anwendung der konzessionirenden Behörde überlassen. Und weil hiervon abgewichen ist, auch die zugelassenen Ausnahmen so zahlreiche sind, dass die Mehrzahl der Bestimmungen dadurch getroffen werden, verlieren die Anordnungen die rechtliche Wirkung. In Folge dessen sind sie nicht geeignet, als Grund zum Versagen der nachgesuchten Erlaubniss aus § 30 Gew.-Ord. herangezogen zu werden. Hat der Bezirksaus-

schuss demungeachtet das Errichten einer privaten Kranken-, Irren-, Entbindungsanstalt versagt, weil die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht entsprechen, welche die diesbezügliche Polizeiverordnung aufstellt, so wird der Bewerber durch Antrag auf mündliche Verhandlung vor dem Bezirksausschusse und eventuelle Berufung an das Oberverwaltungsgericht ein Ausserkraftsetzen dieser Entscheidung herbeiführen.

Neuerungen im Entmündigungsverfahren.

Von
A. Partisch-Berlin,
Amtsgerichtsrath.

Die gewaltige Schöpfung eines für ganz Deutschland geltenden materiellen Rechts im Bürgerlichen Gesetzbuch hat auch eine Umarbeitung der deutschen Civilprozessordnung zur nothwendigen Folge gehabt, um ihre Bestimmungen mit denen des B. G.-B. in Einklang zu bringen und sie mit Rücksicht auf Neueinführungen im letzteren entsprechend zu ergänzen.

Solcher Ergänzungen bedurfte insbesondere auch der die §§ 593—627 der C.-P.-O. umfassende Abschnitt über das Verfahren in Entmündigungssachen in Folge der durch das B. G.-B. neu eingeführten Entmündigungen wegen Geistesschwäche und wegen Trunksucht.

Es konnte nicht fehlen, dass bei Berathung des unterm 9. Dezember 1897 dem Reichstage zur verfassungsmässigen Beschlussnahme vorgelegten Entwurfs eines „Gesetzes, betreffend Aenderungen der Civilprozessordnung", nebst Einführungsgesetz wieder prinzipielle Fragen, wie sie den Reichstag bereits bei Berathung der Civilprozessordnung von 1877 beschäftigt hatten, aufgeworfen und Anträge eingebracht oder Vorschläge gemacht wurden, welche auf grundsätzliche Abänderung des Entmündigungsverfahrens abzielten. Mit Erfolg wiesen indess die Vertreter der verbündeten Regierungen darauf hin, dass die Frist bis zum 1. Januar 1900, an welchem Tage mit dem Bürgerlichen Gesetzbuch auch die Aenderungen der Civilprozessordnung in Kraft zu treten hatten, für grundsätzliche Umgestaltungen des Verfahrens zu kurz sei; dass auch das Entmündigungsverfahren in seiner bestehenden Gestaltung im Allgemeinen sich bewährt habe und die gegen dasselbe erhobenen Klagen zum Theil unbegründet oder übertrieben seien, dass abzuwarten sei, ob nicht die im Entwurf gemachten Besserungsvorschläge sich als ausreichend erweisen würden, die mehrfach laut gewordene Beunruhigung über die Art und Weise der Durchführung der Entmündigungsprozesse zu zerstreuen, und dass deshalb die Frage einer umfassenden Revision des Verfahrens der Prüfung in einer späteren, dazu geeigneteren Zeit vorbehalten bleiben müsse.

So ist denn von grundsätzlichen Aenderungen des bisherigen Verfahrens, insbesondere Ueberweisung der Entmündigungsprozesse an das Landgericht zur Verhandlung im Parteienstreit, desgleichen auch davon, dem Amtsrichter Schöffen zur Seite zu stellen, Abstand genommen und das Verfahren im Wesentlichen das alte geblieben: ein vom Einzelrichter (Amtsrichter) selbständig von Amtswegen unter Ausschluss der Oeffentlichkeit — letzteres wenigstens im Verfahren der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und wegen Geistesschwäche — durchgeführtes Verfahren. Doch ist in der, mit dem 1. Januar d. J. in Kraft getretenen Neugestaltung desselben in den §§ 645—687 des vom Reichskanzler auf Grund gesetzlicher Ermächtigung unter dem 20. Mai 1898 bekannt gemachten neuen Textes der Civilprozessordnung dem in der Presse mehrfach laut gewordenen und auch in einer Resolution des Reichstags bei Berathung des Bürgerlichen Gesetzbuchs zum Ausdruck gebrachten Wunsche auf Herbeiführung eines grösseren Rechtsschutzes für den zu Entmündigenden und seine Angehörigen, auf eine stärkere Sicherung gegen Fehlbeschlüsse des Gerichts und auf Abstellung einzelner bei der Anwendung hervorgetretener Missstände im Verfahren in mehrfacher Weise Rechnung getragen. —

Bevor wir diese Neuerungen, soweit sie für den Zweck des vorliegenden Beitrages von Interesse sind, darlegen und erörtern, erscheint es angebracht, zum besseren Verständniss derselben das Entmündigungsverfahren, wie es bisher sich gestaltet hat und von den demnächst zu besprechenden Neuerungen abgesehen auch ferner sich gestalten wird, in seinem Verlauf uns zu vergegenwärtigen. Es empfiehlt sich dabei, dem Vorbild der Civilprozessordnung zu folgen und zunächst das Verfahren der Entmündigung wegen Geisteskrankheit — dem im neuen Recht auch das Verfahren der Entmündigung wegen Geistesschwäche mit nur geringen, hier nicht in Betracht kommenden Sonderheiten gleich gestaltet ist — vorzuführen und dann kurz auf die Abweichungen von demselben, denen das Verfahren der Entmündigung wegen Verschwendung — und das wiederum dem letzteren gleichgebildete Verfahren der Entmündigung wegen Trunksucht — unterliegt, hinzuweisen. —

Zu seiner Einleitung bedarf das Verfahren der Entmündigung wegen Geisteskrankheit eines von berechtigter Seite (Verwandten, Ehegatten, Vormund bezw. jetzt „dem gesetzlichen Vertreter, dem die Sorge für die Person zusteht", oder Staatsanwalt) gestellten Antrages; weiter und zu Ende geführt wird es zunächst von Amtswegen. Der Antrag soll — nothwendig ist dies jedoch nicht — eine Angabe der ihn begründenden Thatsachen unter Anführung von Beweismitteln dafür enthalten; auch kann das Gericht die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses verlangen. Erachtet das Gericht das Vorliegen einer Geisteskrankheit für genügend glaubhaft gemacht, auch seine Zuständigkeit für begründet, so leitet es das Verfahren ein. Es stellt alsdann von Amtswegen Ermittelungen über den Geisteszustand des zu Entmündigenden an. Hierbei soll es zwar die in dem Antrage angegebenen Thatsachen und Beweismittel benutzen (und ist hierzu, wenigstens anfangs, meist auch schon mangels anderer Anhaltspunkte genöthigt), ist im Uebrigen aber in keiner Weise an die Anträge der Betheiligten — auch nicht des Staatsanwalts, obwohl diesem, auch wenn er nicht der Antragsteller ist, ein Recht, Anträge zu stellen, zusteht — gebunden, noch auf dieselben beschränkt, hat vielmehr nach seinem selbständigen Ermessen die ihm geeignet erscheinenden Beweise zu erheben. Es kann demgemäss Zeugen sowie auch Sachverständige vernehmen, Urkunden — namentlich Schriftstücke, welche von dem zur Entmündigung Gestellten herrühren oder auf ihn sich beziehen und geeignet sind, auf seinen Geisteszustand ein Licht zu werfen — herbeischaffen und prüfen; ebenso kann es Akten einsehen, z. B Dienstakten, polizeiliche Personalakten, Strafakten, Ehescheidungsakten, sonstige Prozessakten, Vormundschaftsakten, Testamentsakten u. s. w., kann Auskünfte von Behörden oder Dienststellen einholen, es kann, wenn dies zweckdienlich erscheint, auch den Augenschein einnehmen. Zur besonderen Pflicht ist dem Gericht ferner gemacht, den zu Entmündigenden persönlich unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständigen zu vernehmen, und, bevor es die Entmündigung ausspricht — nicht auch, wenn und bevor es die Entmündigung ablehnt — einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden zu hören; die persönliche Vernehmung kann auch durch einen ersuchten Richter

erfolgen; sie kann auch gänzlich unterbleiben, wenn sie nach Ansicht des Gerichts schwer ausführbar oder für die Entscheidung unerheblich oder für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden nachtheilig ist.

Bei der Auswahl der Sachverständigen ist das Gericht ebenfalls weder an die Anträge der Betheiligten, noch des Staatsanwalts, noch an bestimmte Persönlichkeiten gebunden; zwar soll nach § 404 C. P. O. (n. F.) das Prozessgericht, wenn für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt sind, andere Personen nur dann wählen, wenn besondere Umstände es erfordern; indess ist diese nur instruktionelle Vorschrift schon für den Prozessrichter nicht bindend, und sodann erscheint es äusserst zweifelhaft, ob diese zunächst für das allgemeine Rechtsstreitverfahren gegebene Vorschrift auch auf das so besonders, insbesondere als Offizialverfahren gestaltete Entmündigungsverfahren Anwendung findet; überdies war in Preussen bereits durch eine Allgemeine Verfügung des Justizministers vom 10. Mai 1887 (Just. Min. Bl. Seite 129), in welcher das Recht der freien richterlichen Auswahl der Sachverständigen gleichfalls zum Ausdruck gebracht ist, und ist neuerdings durch die Allgem. Verf. des Justizministers vom 28. November 1899 (Just. Min. Bl. Seite 388) den Gerichten empfohlen, die Wahl der Sachverständigen in erster Linie auf solche Personen zu richten, welche auf dem Gebiete der Irrenheilkunde den Ruf besonderer Erfahrung besitzen, wenn aber solche Personen nicht zu erreichen sind, möglichst einen Kreisphysikus (Kreisarzt) oder wenigstens einen zu diesem Amt geprüften Arzt zu wählen. Auch in den Verhandlungen der Reichstagskommission ist wiederholt auf die Wichtigkeit der Zuziehung von auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten erfahrenen Sachverständigen hingewiesen und zugleich dem Bedauern Ausdruck gegeben worden, dass die Zahl der psychiatrisch vorgebildeten Aerzte so gering und dadurch wie häufig auch durch die grosse Entfernung zwischen ihrem Wohnort und dem Sitze des Gerichts ihre Zuziehung erschwert ist. — Noch sei bei dieser Gelegenheit erwähnt, dass durch die gedachten Ministerial-Verfügungen vom 10. Mai 1887 und vom 28. November 1899 die Gerichte aufgefordert worden sind, den Sachverständigen die Ladung zu dem Termin zur persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden so zeitig — etwa sechs Wochen vor dem Termine — zuzustellen, dass sie sich, wenn nöthig, schon vorher durch Besuche, Nachfragen oder sonst über den Geisteszustand des zu Entmündigenden ein sicheres Urtheil bilden können; auch soll ihnen die Einsicht der Akten, soweit dies angängig, gestattet werden. Gleichzeitig mit der erstgedachten Justizministerial-Verfügung sind auch durch eine Verfügung des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vom 28. April 1887 (abgedruckt im Just. Min. Bl. Seite 130 sowie auch in den Amtsblättern) die ärztlichen Sachverständigen, unter Hinweis auf die §§ 6 und 7 des Gesetzes vom 9. März 1872 über die den Medizinalbeamten zu gewährenden Vergütungen (Ges. S. Seite 265), mit näherer Anweisung über die von ihnen zu machenden Vorbesuche und den genaueren Inhalt des von ihnen zu erstattenden Gutachtens versehen worden.

An sich brauchen diejenigen Sachverständigen, welche das Gericht über den Geisteszustand des zu Entmündigenden „hört“, mit denjenigen, welche bei der persönlichen Vernehmung desselben zugezogen waren, nicht identisch zu sein; doch wird hinwiederum ohne besondere Ursache das Gericht keine anderen für die Begutachtung wählen, zumal die bei der persönlichen Vernehmung anwesend gewesenen durch die Ergebnisse der letzteren und durch ihre Vorbesuche meist bereits ein ausreichend sicheres Urtheil haben gewinnen können.

Seinen Abschluss findet das amtsgerichtliche Entmündigungsverfahren durch eine in Form eines „Beschlusses“ ergehende Entscheidung des Gerichts, welche entweder die Entmündigung ausspricht oder den Antrag auf Entmündigung ablehnt. Das Gericht erlässt diesen Beschluss auf Grund der Ueberzeugung, die es aus dem gesammten Ergebniss der Ermittelungsverhandlungen (also der Beweiserhebungen, der persönlichen Vernehmung des zur Entmündigung Gestellten und der Gutachten des oder der Sachverständigen) über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Geisteskrankheit im gesetzlichen Sinne gewonnen hat, und ist dabei an irgend welche Beweisregeln nicht gebunden; es ist insbesondere auch an das Gutachten der Sachverständigen nicht gebunden, kann vielmehr, wenn es durch dasselbe nicht überzeugt wird, von demselben abweichen; diese Stellung des Gerichts ist auch in der Reichstagskommission anerkannt, indem Anträge, das Gutachten als für das Gericht verpflichtend zu erklären, abgelehnt wurden; es liegt indess nahe, dass der Entmündigungsrichter, zumal wenn das Gutachten von einem erfahrenen Psychiater erstattet und gehörig begründet ist, nicht ohne Weiteres sich über dasselbe hinwegsetzen wird; auch ist es dem Gericht unbenommen, den Sachverständigen auf diejenigen Punkte aufmerksam zu machen, welche den Richter von der Richtigkeit des Gutachtens nicht zu überzeugen vermögen, um den Sachverständigen, wenn möglich, zu einer entsprechenden Ergänzung der Begründung des Gutachtens zu veranlassen; ebenso kann das Gericht, um eine sichere Ueberzeugung nach dieser oder jener Seite hin zu gewinnen, weitere Beweisermittlungen veranstalten, und insbesondere wird es in dieser Beziehung Vorschlägen der Sachverständigen selbst, welche geeignet erscheinen, dem Richter eine überzeugendere Grundlage für seine Entscheidung zu verschaffen, Beachtung schenken. Auch kommt es öfter vor, dass von den Sachverständigen, weil sie selbst aus dem Ergebnisse der Verhandlungen und ihrer Vorbesuche noch nicht zu einem sicheren Urtheil über dem Geisteszustand des zur Entmündigung Stehenden gelangt sind, Anträge auf Ergänzung der Ermittelungen in bestimmter Beziehung gestellt werden, und es wird dann das Gericht, schon im Interesse der Gewinnung einer eigenen festen Ueberzeugung, solchen Anträgen, sofern ihre Erheblichkeit dargelegt wird, gern Folge geben. Ferner steht dem Gericht, da es von Amtswegen den Geisteszustand des zu Entmündigenden auf jede hierzu geeignet erscheinende Weise zu ermitteln hat, zweifelsohne auch, wenn — sei es nach dem Urtheil der Sachverständigen, sei es nach der Auffassung des Gerichts — dieser Geisteszustand zweifelhaft erscheint und der Zweifel anderweit zur Zeit nicht gehoben werden kann, wohl aber Aussicht vorhanden ist, dass der Zustand sich im Laufe absehbarer Zeit ändern und klarer erkennbar gestalten wird, die Befugniss zu, die Entscheidung vorläufig auszusetzen und nach einem mehr oder minder langen Zeitraum eine erneute Untersuchung vorzunehmen, die sich dann meist auf eine abermalige persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden in Gegenwart der Sachverständigen und nöthigenfalls abermalige Vorbesuche derselben wird beschränken können; auch kann es erforderlichenfalls solche Aussetzung wiederholen; doch wird das Gericht hiervon absehen müssen, wenn der Antragsteller auf sofortige Entscheidung nach Lage der Sache drängt.

Die Entmündigung hat die Stellung des Entmündigten unter Vormundschaft zur Folge, welche letztere das zuständige Vormundschaftsgericht herbeiführt. Zu diesem Zweck hat der Entmündigungsrichter dem Vormundschaftsrichter die erfolgte Entmündigung mitzutheilen. Aber auch schon soll der Entmündigungsrichter, sobald er im Laufe d

fahrens der Entmündigung eines Geisteskranken die Anordnung einer Fürsorge für die Person oder das Vermögen desselben für erforderlich hält, der Vormundschaftsbehörde behufs Herbeiführung einer solchen Fürsorge Mittheilung machen.

Gegen den die Entmündigung ablehnenden Beschluss des Gerichts steht dem Antragsteller und dem Staatsanwalt das Rechtsmittel der sofortigen Beschwerde zu, über welche das Landgericht, ebenfalls durch Beschluss, entscheidet; das Beschwerdegericht kann vor Erlass desselben ebenfalls ihm geeignet erscheinende Ermittelungen anstellen, auch die des Amtsgerichts wiederholen.

Gegen den die Entmündigung aussprechenden Beschluss des Amtsgerichts oder des Beschwerdegerichts ist ein Rechtsmittel nicht gegeben; derselbe ist vielmehr von selbst rechtskräftig und hat wie erwähnt die Einleitung der Vormundschaft zur Folge.

Um die Aufhebung seiner Entmündigung und damit der Vormundschaft herbeizuführen, stehen dem Entmündigten — und anderen Berechtigten — zwei bezw. drei Wege offen:

Erstens: Die Anfechtungsklage, welche sich auf die Behauptung zu stützen hat, dass der Entmündigte zur Zeit der Entmündigung nicht geisteskrank gewesen, seine Entmündigung also zu Unrecht erfolgt sei. Sie ist nur binnen Monatsfrist zulässig, wird beim Landgericht angebracht und im Parteienstreit — mit einigen Abweichungen von demselben — verhandelt. Auch das Landgericht hat den Entmündigten in Gegenwart eines oder mehrerer Sachverständigen zu vernehmen und bevor es die Klage abweist einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des Entmündigten zu hören; es kann aus denselben Gründen wie das Amtsgericht die persönliche Vernehmung des Entmündigten unterlassen; es darf aber weiter auch von der Vernehmung Sachverständiger Abstand nehmen, wenn es das vor dem Amtsgericht abgegebene Gutachten für genügend erachtet.

Die Entscheidung des Landgerichts erfolgt durch „Urtheil“ und unterliegt den gewöhnlichen Rechtsmitteln. Das den Entmündigungsbeschluss des Amtsgerichts aufhebende Urtheil erlangt erst mit der Rechtskraft Wirksamkeit; es können jedoch schon vor derselben auf Antrag einstweilige Verfügungen zum Schutze der Person oder des Vermögens des Entmündigten vom Prozessgericht, und in dringenden Fällen vom zuständigen Amtsgericht, erlassen werden.

Zweitens kann die Wiederaufhebung der Entmündigung wegen eingetretener Genesung beim Amtsgericht beantragt werden. Dieser Antrag ist naturgemäss an eine Frist nicht gebunden. Das amtsgerichtliche Wiederaufhebungsverfahren unterliegt den gleichen Vorschriften wie das Entmündigungsverfahren; es wird daher auch hier der Regel nach der Entmündigte persönlich in Gegenwart von Sachverständigen vernommen und werden Sachverständige über seinen Geisteszustand gehört. — Gegen den Wiederaufhebungsbeschluss des Amtsgerichts steht dem Staatsanwalt das Rechtsmittel der sofortigen Beschwerde zu, über welche das Landgericht durch Beschluss, nöthigenfalls nach Veranstaltung eigener Ermittelungen, entscheidet.

Drittens: Wird der Wiederaufhebungsantrag vom Amtsgericht abgelehnt, so kann die Wiederaufhebungsklage beim Landgericht angestellt werden. Auch diese muss sich auf die Behauptung der eingetretenen Genesung des Entmündigten gründen. Für das landgerichtliche Wiederaufhebungsprozess-Verfahren gelten gleiche Vorschriften wie für das Anfechtungsprozess-Verfahren (oben No. 1). —

Nachdem wir in Vorstehendem das Verfahren bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit (und wegen Geistesschwäche) skizzirt haben, bleibt noch übrig, kurz auf die Abweichungen von demselben hinzuweisen, welchen das Verfahren der Entmündigung wegen Verschwendung (und wegen Trunksucht) unterliegt. Sie ergeben sich von selbst, wenn wir in Berücksichtigung nehmen, dass bei letzterem Verfahren

1. die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft fortfällt;
2. eine persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden nicht erforderlich ist;
3. eine Anhörung von Sachverständigen vor Erlass des Entmündigungsbeschlusses, wie sie § 655 C. P. O. (n. F.) für das Verfahren der Entmündigung von Geisteskranken (und Geistesschwachen) vorschreibt, hier nicht vorgeschrieben ist.

Ausserdem ist in diesem Entmündigungsverfahren eine Mittheilung an die Vormundschaftsbehörde zum Zwecke der Anordnung einer Fürsorge für die Person oder das Vermögen des zu Entmündigenden ebenfalls nicht vorgesehen.

Der Umstand zu 3, nämlich dass eine Anhörung von Sachverständigen im Verfahren wegen Trunksucht und Verschwendung nicht vorgeschrieben ist, schliesst übrigens die Vernehmung von Sachverständigen im Ermittelungsverfahren zum Zwecke der Beweiserhebung nicht aus, eine solche ist vielmehr nach § 680 Abs. 3 C. P. O. (n. F.) — verbunden mit § 653 ebenda — durchaus zulässig; sie wird unter Umständen wünschenswerth sein, z. B. wenn dem Gericht Zweifel entstanden sind, ob in einem schwebenden Verfahren der Entmündigung wegen Trunksucht die im § 6 Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Bedingung der Entmündigung gemachten Erfordernisse, dass der Trunksüchtige in Folge seiner Trunksucht „seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag“ oder „die Sicherheit Anderer gefährdet“, vorliegen und diese Zweifel durch thatsächliche Feststellungen nicht gehoben werden können; eine Vernehmung ärztlicher Sachverständigen wird ferner geboten sein, wenn das Ermittelungsverfahren den Verdacht entstehen lässt, dass die verschwenderischen Handlungen eines wegen Verschwendung zur Entmündigung Gestellten durch eine krankhafte Verschwendungssucht bei demselben veranlasst, mit anderen Worten Ausfluss einer Geisteskrankheit sind; oder wenn bei einem Verfahren der Entmündigung wegen Trunksucht sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Neigung zum Trinken auf eine bei dem Trunksüchtigen bestehende Geisteskrankheit zurückzuführen ist oder dass die fortgesetzte Befriedigung der Trinkneigung den Trunksüchtigen geisteskrank gemacht hat. In solchen Fällen würde eine Entmündigung wegen Verschwendung bezw. eine Entmündigung wegen Trunksucht unzulässig sein, weil die civilrechtliche Verantwortlichkeit des zu Entmündigenden für seine Handlungen fehlt; es müsste der gestellte Entmündigungsantrag zurückgewiesen werden, und würde die Entmündigung nur wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche in dem für diese vorgeschriebenen Verfahren erfolgen können. — —

Wie bereits eingangs angedeutet wurde, hat sich das vorstehend dargelegte, durch die Civilprozessordnung vom 30. Januar 1877 eingeführte Entmündigungsverfahren in der Praxis im Grossen und Ganzen durchaus bewährt; der u. A. gegen dasselbe wohl erhobene Vorwurf, dass bei ihm das Schicksal der zu Entmündigenden zu sehr in den Händen der Psychiater liege, manche von diesen aber geneigt seien, bei blossen Sonderbarkeiten einzelner Personen bereits Geisteskrankheit anzunehmen, widerlegt sich dadurch, dass, wie oben ausgeführt ist, der Richter an das Gutachten der Sachverständigen nicht gebunden ist, vielmehr nach seiner freien, aus dem gesammten Ergebniss der Ermittelungsverhandlungen gewonnenen Ueberzeugung entscheidet; auch widerspricht jener Besorgniss die statistisch

(für die Jahre 1891 bis 1895) festgestellte Thatsache, dass von über 4000 im Deutschen Reich jährlich ausgesprochenen Entmündigungen durchschnittlich nur 76 überhaupt, und noch erheblich weniger mit Erfolg, angefochten worden sind.

Gleichwohl lässt sich nicht in Abrede stellen, dass das bisherige Entmündigungsverfahren einzelne Missstände und Lücken aufwies, die sich störend in der Praxis der Gerichte bemerkbar machten, und dass bei ungeeigneter Handhabung des Verfahrens der zur Entmündigung Gestellte ausreichenden Rechtsschutzes zur Wahrnehmung seiner Interessen entbehrte. Es waren diese Missstände und Mängel aber namentlich folgende:

1. Die zu leicht gemachte Abstandnahme von der persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden. Jeder, der praktisch mit Entmündigungen zu thun hat, weiss, wie wesentlich für Gewinnung einer Ueberzeugung vom Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Geisteskrankheit es häufig ist, den angeblich Geisteskranken persönlich zu sehen und zu hören; da sind der Ausdruck des Gesichts, das Mienenspiel, die Bewegungen der Hände und der Füsse, die Haltung und das Benehmen überhaupt, die Art und Weise der Wiedergabe der Empfindungen des Augenblicks, der schnelle Wechsel der Stimmungen, unmotivirtes Lachen und Weinen, die Art des Sprechens, namentlich das Verschlucken oder Auslassen von Silben oder Buchstaben, das unterbrochene Herausbringen der Sätze, die Zusammenhangslosigkeit der Rede, das Abspringen vom Gegenstande und Sichverlieren in Fernliegendes, und vieles Andere nicht selten geeignet, auch dem Laien die Ueberzeugung von dem Vorliegen einer Geisteskrankheit beizubringen, mehr bisweilen als umfangreiche Beweisaufnahme dies erreicht. Andererseits bietet die persönliche Besprechung mit dem Richter dem zur Entmündigung Gestellten Gelegenheit, seine Geistesgesundheit darzuthun, Missdeutungen seiner Handlungen vorzubeugen, Vorgänge aufzuklären, sein Verhalten zu rechtfertigen, akute Verwirrtheits-Zustände und ihr Verschwundensein aus den Ursachen zu erklären u. A. m. Diese thatsächliche Bedeutsamkeit der richterlichen Vernehmung des zu Entmündigenden ist im bisherigen Gesetz nicht genügend zum Ausdruck gebracht, und dieser Umstand barg die Gefahr in sich, dass die Gerichte geneigt sein konnten, auch zu überwindenden Hindernissen gegenüber zu leicht von der persönlichen Vernehmung Abstand zu nehmen. Befördert wurde letzteres durch:

2. das Fehlen des Rechts, das Erscheinen des zu Entmündigenden zur persönlichen Vernehmung erzwingen zu können. Eine nicht geringe Zahl gerichtlicher Vernehmungstermine verläuft fruchtlos, weil die zu Entmündigenden der gerichtlichen Vorladung keine Folge geben, auch um der Entmündigung zu entgehen, mehrfach ihre Wohnung wechseln. Dadurch ist auch den Sachverständigen öfter die einzige Gelegenheit, die zu Entmündigenden sprechen und auf ihren Geisteszustand untersuchen zu können, genommen; denn noch mehr wie den gerichtlichen Terminen entziehen sich dieselben den gerichtsärztlichen Untersuchungen. Durch derartige Manöver der zu Entmündigenden wird das Verfahren nicht selten nachtheilig in die Länge gezogen und findet häufig erst dadurch Fortgang, dass der zu Entmündigende wegen — erneuten — gemeingefährlichen Ausbruchs seiner Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt gebracht wird, wo alsdann auch ohne weitere Erschwerung seine persönliche Vernehmung und Untersuchungen seitens der gerichtlichen Sachverständigen stattfinden können.

3. Ein weiterer Mangel des bisherigen Verfahrens, der sich namentlich bei zweifelhaften Gemütszuständen, wie sie in grösseren Städten besonders häufig sich finden, recht störend bemerkbar machte, war, dass durch dasselbe nicht die Möglichkeit gewährt war, wie sie z. B. durch § 81 der Strafprozessordnung im Strafverfahren eingeführt ist, einen der Geisteskrankheit Verdächtigen auf mehr oder minder lange Zeit zur Beobachtung seines Geisteszustandes in eine Anstalt bringen zu können. Es giebt bekanntlich eine Anzahl unzweifelhaft krankhafter Gemüthszustände, welche festzustellen auch dem Sachverständigen schwer und bei nur einige Male, in Zwischenräumen erfolgenden Untersuchungen des Kranken bisweilen unmöglich wird, deren Feststellung vielmehr meist erst durch eine längere beständige Beobachtung, wie sie nur in einer Anstalt möglich ist, gelingt. Ebenso kann häufig eine Simulation oder eine Dissimulation der Geisteskrankheit nur durch eine längere unausgesesetzte Beobachtung in der Anstalt mit Sicherheit ermittelt werden.

4. Auch darin zeigte sich ein Verkennen der ungemeinen Wichtigkeit der persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden durch den zur Entscheidung über die Entmündigung berufenen Richter selbst, dass nach dem bisherigen Recht die Vernehmung in allen Fällen, wo der Entmündigende sich in einem anderen Gerichtsbezirk aufhielt — und dies kommt, infolge Unterbringung desselben in einer Anstalt, einem Sanatorium, auf einer ländlichen Besitzung u. s. w. nicht selten vor — durch einen ersuchten Richter erfolgen konnte und — geradeso wie die Vernehmung der ausserhalb des Bezirks des Prozessgerichts wohnenden Zeugen im Rechtstreitverfahren, die nach den Grundgedanken der Civilprozessordnung als Regel eigentlich vor dem Prozessgericht stattfinden soll — auch meist erfolgte. Es ist bereits oben — unter No. 1 — angedeutet, von wie nicht zu unterschätzender Bedeutung es auch für den Laien häufig ist, den zu Entmündigenden selbst zu sehen und zu sprechen. Der hierbei gewonnene Eindruck kann durch ein noch so genau aufgenommenes Protokoll eines anderen Richters nicht ersetzt werden; es ist überdies, solange die Protokolle nicht stenographisch aufgenommen werden, häufig, namentlich wenn die zu Vernehmenden im manischen Zustande schnell sprechen und dabei zusammenhangslos von einem Gegenstande auf den anderen überspringen, gar nicht möglich, den Verlauf der Besprechung genau oder charakteristisch getreu wiederzugeben; noch schwerer möglich ist eine getreue Wiedergabe des charakteristischen übrigen Verhaltens des Vernommenen während der Vernehmung. Dieser Mangel des persönlichen Eindrucks wird auch nicht dadurch ersetzt, dass der ersuchte Richter, wie dies bisweilen in der Praxis geschieht, den Eindruck, den er aus der Vernehmung gewonnen hat, für den ersuchenden Richter zu den Akten registrirt; die Ueberzeugung eines Andern reicht nicht aus, um eine eigene zu rechtfertigen, und der ersuchende Entmündigungs-Richter, der auf Grund der Ueberzeugung des ersuchten Richters eine Entmündigung ausspricht oder ablehnt, übernimmt eine Verantwortlichkeit, die ihm nicht zugemuthet werden sollte.

5. Erwähnt sei endlich noch, dass es in der Praxis sich wiederholt als ein Mangel des Gesetzes empfindbar machte, dass die Anordnung einer Fürsorge, insbesondere für das Vermögen des zu Entmündigenden, wie sie im Verfahren der Entmündigung wegen Geisteskrankheit vorgesehen war, nicht auch im Entmündigungsverfahren wegen Verschwendung erfolgen konnte; es konnte in Folge hiervon ein Verschwender seine verschwenderische Lebensweise ungestört fortsetzen, und dies manchmal noch recht lange, da sich das Verfahren der Entmündigung wegen Verschwendung in Folge der gerade bei diesem nicht selten erforderlichen umfangreichen Beweiserhebungen häufig in die Länge zieht. —

Sehen wir nun, wie der Gesetzgeber diesen Uebelständen und Mängeln des bisherigen Rechts abzuhelfen bemüht gegewesen ist und welche weiteren neuen Anordnungen zu erhöhtem Schutze der Persönlichkeit und zur noch sichreren Vermeidung von Fehlsprüchen der Gerichte in der mit dem 1. Januar 1900 in Kraft getretenen revidirten Civilprozessordnung getroffen worden sind.

Es sind dies aber im einzelnen insbesondere folgende:

1. Gemäss §§ 650 und 651 C. P. O. (n. F.) kann das zuständige Gericht, wenn der zu Entmündigende sich im Bezirke eines anderen Amtsgerichts aufhält, nach Einleitung des Entmündigungsverfahrens wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, jedoch nur solange es selbst den zu Entmündigenden noch nicht vernommen hat, die Verhandlung und Entscheidung dem für den Aufenthaltsort zuständigen Amtsgericht überweisen, und das letztere kann unter den gleichen Voraussetzungen eine weitere Ueberweisung vornehmen. — Der Zweck und Nutzen dieser Vorschrift leuchtet ein: Es wird dadurch erreicht, dass derselbe Richter, welcher den zu Entmündigenden persönlich vernommen hat, auch den Beschluss über die Entmündigung erlässt. Damit ist der hohe Werth der eigenen Vernehmung des zu Entmündigenden durch den entscheidenden Richter im Gesetze selbst zum Ausdruck gebracht. Wenn das Gesetz die Ueberweisung in das Ermessen des Gerichts stellt (das Gericht „kann" überweisen, muss also nicht), so waren hierfür praktische Erwägungen massgebend: Wenn der Aufenthaltsort in der Nähe des zuständigen Gerichts belegen ist, der Aufenthalt auch vielleicht ein vorübergehender ist, so liegt kein Bedenken vor, dass der zuständige Richter selbst — nach Einholung der nach dem Gerichtsverfassungsgesetz zu solcher Handlung erforderlichen Genehmigung des Gerichts des Aufenthaltsorts — den zu Entmündigenden an seinem Aufenthaltsort vernimmt. Es kann auch im Einzelfalle zweckmässig erscheinen, den zu Entmündigenden, wenn dies ohne Gefahr für seine Gesundheit ausführbar erscheint, zu nöthigen, zu seiner Vernehmung sich am Gerichtsort einzufinden; namentlich kann dies empfehlenswerth sein, wenn ein willensschwaches, den Einflüssen Anderer, z. B. eigennütziger Verwandten zugängliches Individuum an seinem Aufenthaltsort solchen Einflüssen ausgesetzt ist. Sodann sollte vermieden werden, dass durch solche Ueberweisungen einzelne Gerichte, in deren Bezirk sich grössere Irrenanstalten befinden, übermässig belastet werden. Aus letzterem Grunde ist auch noch im Gesetz ausdrücklich zur Bedingung der Ueberweisung weiter gemacht, dass die Ueberweisung „mit Rücksicht auf die Verhältnisse des zu Entmündigenden erforderlich erscheint."

(Schluss folgt.)

Referate.

Allgemeines.

Siechthum.

Gutachten, mitgetheilt von Dr. C. Wickel, Ass.-Arzt a. d. psych. Klinik in Tübingen.
(Friedr.-Bl. 1900, H. 1.)

Unter „Siechthum" im Sinne des § 224 des Reichs-Strafgesetzbuchs (Schwere Körperverletzung) ist nach Maisch zu verstehen: der Verfall in einen langdauernden, in seinem Verlaufe nicht abgeschlossenen Krankheitszustand, der den ganzen Menschen schwer benachtheiligt, durch Beschädigung wichtiger Organe eine Schwächung oder Hinfälligkeit des Gesammt-Organismus, eine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und somit der Erwerbs- und Leistungsfähigkeit nach sich zieht. Der Begriff unheilbar liegt nicht unbedingt im Worte Siechthum, eine Besserung ist so wenig ausgeschlossen, als eine Verschlimmerung.

In diesem Sinne lag Siechthum in folgendem Falle vor:

Ein Bauer wurde von einem Nachbar erst mit dem Riemen, dann mit dem Stiel einer Peitsche mehrmals heftig auf den Kopf geschlagen, dass das Blut herunterlief. Heftige Kopfschmerzen, die jeder Behandlung trotzten, blieben zurück. Meist musste der Verletzte das Bett hüten. Indessen waren seine Angaben insofern bedenklich, als er von Nachbarn als bösartiger Simulant bezeichnet wurde. Er kam in die Tübinger Klinik zur Beobachtung. Hier fiel er andauernd durch sein klägliches gedrücktes Wesen auf. Er fürchtete stets, nicht wieder gesund zu werden. Bedeutungslose Erscheinungen, z. B. ein Knacken in der Ohrgegend beim Gähnen, waren ihm ein Zeichen dafür, dass Eiter in seinem Gehirn sei. Jeden Windhauch fürchtete er. Er klagte über Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, häufiges Kältegefühl und rasche Ermüdbarkeit. Objektiv war ein entweder von selbst oder bei seelischer Erregung auftretendes Zittern des ganzen Körpers, besonders der Lippen, der Augenlider, der Zunge und der Finger, eine bedeutende Herabsetzung des Schmerzgefühls, eine Neigung zu Faserzuckungen in den Muskeln, ferner eine starke Erregbarkeit der Hautgefässe, wesentliche Steigerung der Kniesehnenreflexe, Beschleunigung und rascher Wechsel des Pulses (90 bis 130), insbesondere Zunahme der Pulszahl bei Druck auf die angeblich schmerzhafte Stelle am Kopfe nachzuweisen.

Damit war Simulation ausgeschlossen, und es musste angenommen werden, dass der Untersuchte, der vor der Verletzung gesund war, in Folge dieser an einer schweren Hypochondrie-Neurasthenie erkrankt sei, deren Vorhersage als ungünstig bezeichnet werden musste. Alle Kennzeichen des Siechthums waren gegeben. Das Gericht schloss sich dieser Auffassung an. Thatsächlich hat sich im Laufe des nächsten Jahres das Befinden des Verletzten eher verschlechtert.

Ein Todesfall bei Aethernarkose.

Von San.-R. Dr. Schneider, Direktor des Landkrankenh. zu Fulda.
(D. m. W. 1899 H. 52.)

Bei einem 58jährigen Manne, der an Lebercirrhose, körniger Nierenschrumpfung, Herzvergrösserung, Emphysem, linksseitiger Brustwassersucht und allgemeiner Arterienverkalkung litt, wurde wegen Fussgangraen unter Aethernarkose nach Julliard der Unterschenkel abgesetzt. Gegen Ende des Eingriffs trat plötzliche Athemstockung ein, bald darauf stand das Herz still. Gegenmassregeln waren erfolglos. Da die Leichenöffnung Stauungszeichen im kleinen Kreislauf ergeben hat, vermutet Verf., dass der Aether zunächst das Athmungscentrum gelähmt hat, dass aber das Herz durch die eintretende Stauung dann sofort zum Stillstand gebracht worden ist. Dass die Aethernarkose bei diesem durch und durch kranken Manne nur der „Tropfen, der das Glas zum Ueberfliessen brachte", war, wird sicher niemand anzweifeln.

Psychiatrie und Neurologie.

Isolirte, wahrscheinlich traumatische Lähmung des Nervus supra scapularis.

Von Dr. Wolf-Danzig.
(Mon. f. Unf 1899, No. 11.)

Der im Titel bezeichnete Nerv versorgt den Muskel der oberen und den der unteren Schultergrätengrube. Der letztere

ist ein Auswärtsroller des Arms, der erstere hat mannigfache Aufgaben: er unterstützt den Deltamuskel beim Heben des Arms, hilft den Arm auswärts rollen und presst den Gelenkkopf fest gegen die Pfanne, gleichzeitig bildet er nach Ansicht des Verfassers ein Widerlager, gegen das sich der Gelenkkopf bei der Hebung des Arms mit zu stützen vermag.

In dem von W. mitgetheilten Falle handelte es sich um einen Mann in mittleren Jahren, der schon im Winter 1898/99 an Reissen im rechten Schultergelenk gelitten hat, bald darauf aber noch einen Sturz auf die ausgestreckte rechte Hand und hierbei eine Verrenkung im Schultergelenk erlitten haben soll, auf den er die Gebrauchsunfähigkeit des Armes, die jetzt besteht, zurückführt. Zur Zeit ist rechts die Gegend des Deltamuskels leicht abgeflacht, die untere Grätengrube zeichnet sich fast als Grube ab, die obere ist abgeflacht. Der rechte Arm kann langsam nur bis 50° gehoben werden, nur im Schwunge kann der Kranke ihn bis etwa 100° hoch schleudern. Nach der Seite ist die Beweglichkeit ebenso verringert, nach hinten nicht. Passiv lässt sich auch nur eine Hebung bis 135° bewerkstelligen. Elektrisch ist der obere wie der untere Grätenmuskel unerregbar.

Verfasser hält den Unfall für die wahrscheinlichste Ursache der sicher vorhandenen Lähmung der vom Ober-Schulterblattnerven versorgten Muskeln. Man könnte wegen der Abflachung der Deltamuskel-Gegend an eine gleichzeitige Lähmung des Achselnerven denken, doch fehlen hierfür alle weiteren Erkennungszeichen. Wahrscheinlich ist der Deltamuskel nur deswegen etwas geschwunden, weil der Arm in Folge der sicher nebenbei bestehenden Gelenkentzündung lange Zeit geschont worden ist.

Fälle von hemiatrophia linguae.

Von Dr. E. Wiersma, Priv.-Doz. a. d. Univ. Groningen.
(Neurol. Centr. 1899, No. 18.)

Eine sehr hübsche Zusammenstellung von verschieden zu deutenden Krankheitsfällen, denen der halbseitige Zungenschwund gemeinsam ist.

I. Ein sonst völlig gesundes Mädchen von 24 Jahren behält nach einem leichten Schnupfen Heiserkeit und Schluckbeschwerden. Die linke Zungenhälfte findet sich verschmälert, aber ohne Veränderung der elektrischen Reizbarkeit; ferner ist das linke Gaumensegel und Stimmband gelähmt. Die Erscheinungen weisen auf einen Herd im verlängerten Mark. Zweifelhaft bleibt, ob es sich um Entzündung der grauen Substanz, Blutung oder Embolie handelt.

II. Ausgeprägte Zeichen einer Höhlenbildung im Rückenmark. Der vorhandene halbseitige Zungenschwund ist mit hierauf zu beziehen.

III. Bei einer 61 jährigen Frau hat sich seit einem Jahre Schwindel, allmählich Schwanken beim Gehen bis zur Unfähigkeit, sich allein aufrecht zu halten, ausgebildet. In den letzten Monaten sind Sprach- und Schluckstörungen, Gesichts- und Augenmuskellähmungen der rechten Seite dazugekommen. Der Kappenmuskel und der Kopfnicker sind rechts deutlich abgemagert. Die Zunge weicht beim Herausstrecken nach links ab, ihre rechte Hälfte ist schlaff und verschmälert. Der Puls ist beschleunigt. Die Leichenöffnung, zu der sich bald Gelegenheit bot, ergiebt ein Fibrosarkom der harten Hirnhaut, das die rechte Kleinhirnhälfte verdrängt und auf den rechten sechsten bis zwölften Hirnnerven gedrückt hat.

IV. Bei einer 31 jährigen tuberkulös belasteten Frau hat in der Kindheit eine vereiterte Drüse unter dem linken Unterkiefer bestanden. Schon seit damals ist die Zungenbewegung beschränkt. Es findet sich eine linksseitige Zungenatrophie ohne Entartungsreaktion. Als Ursache ist der Druck der tuberkulösen Drüse auf den Nervus hypoglossus anzusehen.

V. Eine 36jährige Frau erkrankt akut mit Schwindel, Erbrechen, Schmerzen hinter dem rechten Ohr und Fieber. Später stellt sich Schwäche und Vertaubung des rechten Arms, dann Doppelsehen, Undeutlichkeit der Sprache, häufiges Verschlucken ein. Nachher besserte sich der Zustand allmählich. Nach drei Monaten besteht noch Augenzittern, eine geringe Erschlaffung der rechten Gesichtshälfte, Verschmälerung und Erschlaffung der rechten Zungenhälfte mit völliger Entartungsreaktion, und endlich eine Herabsetzung des Tast-, Schmerz- und Temperatursinns wie auch des Lagegefühls auf der rechten Seite. Jetzt, 4 Jahre später, fühlt die Frau sich wohler, hat aber die Zungenschrumpfung behalten. Das Krankheitsbild weist auf einen Herd am Grunde der rechten hinteren Schädelgrube, vielleicht eine örtlich begrenzte Hirnhautentzündung, hin.

VI. Ein Mann von 29 Jahren, der als Kind eine vom Gehirn ausgehende Lähmung des rechten Arms acquirirt hat (cerebrale Kinderlähmung), kommt zum Arzt wegen Schlaflosigkeit infolge übermässiger Arbeit. Von den Hirnnerven erweist sich der rechte Zungenbewegungsnerv und nur dieser als nicht in Ordnung. Die rechte Zungenhälfte ist schlaff und verschmälert, die Zungenspitze weicht in der Ruhe nach links, beim Vorstrecken nach rechts ab, der Nerv selbst ist elektrisch nicht erregbar, die rechte Zungenhälfte in stark vermindertem Grade. Der Kranke ahnt von alledem nichts. Die Deutung des Falles ist unklar. Mit der cerebralen Kinderlähmung kann der Zungenschwund nicht wohl zusammenhängen. Es muss eine periphere Schädigung des Nerven vorhanden sein, aber wodurch?

VII. Ein junger Mann hat vor einem Jahre einen Bajonnetstich grade unter dem Kieferwinkel erhalten. Es besteht Zungenschwund rechts mit völliger Unerregbarkeit des Zungenbewegungsnerven und ausgesprochener Entartungsreaktion der Zungenmuskeln rechts. Subjektive Störungen bestehen nicht. Alle andern Organe sind frei von Abweichungen. Hier liegt eine isolirte Verletzung des Nervus Hypoglossus vor.

Ueber die diagnostische Verwendbarkeit des Versuchs der alimentären Glycosurie für die Feststellung der traumatischen Neurosen.

Von Priv.-Doz. Dr. Strauss-Berlin.
(Mon. f. Unf. 1899, No. 12.)

Der durch seine Arbeiten über das Erscheinen von Traubenzucker aus der Nahrung im Harn um die Erforschung dieses interessanten Gebietes verdiente Verfasser giebt hier eine für den Praktiker bestimmte Zusammenstellung der Hauptergebnisse seiner Forschungen.

Da nach dem Durchschnittsergebniss aller bisher veröffentlichten Versuchsreihen bei über 30 Prozent der an traumatischen Neurosen Leidenden Traubenzucker aus der Nahrung in den Harn übergeht, während bei Gesunden der Prozentsatz ungleich geringer ist, kann der positive Ausfall des Versuchs, natürlich nur wenn gleichzeitig andere Anzeichen für ein funktionelles Nervenleiden vorliegen, zur Festellung der Krankheit mit verwerthet werden. Bedingung ist, dass der Versuch nicht blos einmal, sondern regelmässig gelingt.

Die Prüfung wird zweckmässig in der Weise angestellt,

dass der zu Untersuchende 100 g wasserfreien Traubenzucker in einem halben Liter Wasser gelöst Morgens nüchtern innerhalb 10 Minuten zu sich nimmt. In den nächsten 4 Stunden wird der Harn, und zwar gesondert in stündlichen Portionen aufgefangen. Die Untersuchung hat mittelst Polarisirapparats oder Gärungsprobe stattzufinden.

Um Fehlerquellen zu vermeiden, hat man sich zu vergegenwärtigen, dass gewisse akute Zustände (Fieber, Vergiftungen), unter den chronischen Krankheiten besonders die Schuppenflechte mit einer Verringerung der Fähigkeit des Körpers, Zucker zurückzuhalten, einhergehen können. Gewohnheitsmässiger Alkoholgenuss, Fettleibigkeit und chronische Bleivergiftung geben jedes für sich keine bedeutende Veranlagung zum Fütterungs-Zuckerharn; wenn aber mehrere dieser Einflüsse zusammentreffen, werden sie doch für das Ergebniss der Untersuchung entscheidend sein können. Ob die traumatischen Neurosen mehr als die auf anderem Wege entstandenen geeignet sind, alimentäre Glycosurie zu bedingen, ist nicht ganz sicher entschieden, doch neigt Verf. dazu, diese Frage zu bejahen. Es stehen in der Statistik 30,3 gegen 14,4 Prozent.

Die Spätepilepsie.

Von W. Lüth, Ass.-Arzt d. Anst. Wuhlgarten.
(Zeitschr. f. Psych. 1899, Bd. 56, H. 4.)

Die Fallsucht macht nur selten bei Männern nach dem 30., bei Frauen nach dem 25. Lebensjahr ihre ersten Erscheinungen geltend. Dennoch giebt es eine „Spät-Epilepsie“, und es fragt sich, in welchem Verhältniss sie zu der gewöhnlichen Fallsucht steht, insbesondere ob beide Formen die gleichen Ursachen haben.

Aus dem reichen Material von Wuhlgarten stellt L. 38 Fälle zusammen, von denen 26 unzweifelhafte Beispiele der Spätepilepsie (E. tarda Mendel) darstellen, während in vier Fällen Zeichen einer epileptischen Erkrankung — freilich keine Krampfanfälle — bis in jüngere Jahre verfolgt werden können, in fünf weiteren die Diagnose schwankte, da Hirnsyphilis bezw. Lähmungsirrsein nicht auszuschliessen war und endlich bei den drei letzten Fällen die Erkundigungen keine ausreichende Sicherheit über den Beginn der Krankheit brachten. Allen Krankengeschichten sind die Sektionsbefunde beigefügt.

Jene 26 Fälle betrafen 9 Frauen, die mit 28—80 (!) Jahren, und 17 Männer, die mit 35—70 Jahren an Epilepsie erkrankten.

In sämmtlichen Fällen bestand ausgesprochene Arterienverhärtung, ein Umstand, den der Verf. als besonders wichtig hervorhebt. Er erblickt in der Gefässkrankheit die Hauptursache der Spätepilepsie. Für eine erhebliche Bedeutung der erblichen Belastung, welcher Mendel trotz des späten Lebensalters, in dem die Krankheit sich geltend macht, eine grosse ursächliche Rolle zuschreibt, ergiebt sich aus L.'s Fällen kein Anhaltspunkt; ebensowenig, bei Anwendung einiger Kritik, für eine Bedeutung vorhergegangener Verletzungen. 14 von den Kranken waren Trinker, bei ihnen ist eine Schuld des Alkoholmissbrauchs am Bestehen der Gefässerkrankung möglich, in gleichem Sinne kann bei vier andern, die aber gleichzeitig zu den eben genannten Alkoholikern gehörten, die nachweislich überstandene Syphilis gewirkt haben. Bemerkenswerth ist noch, dass der erste Anfall zwei Mal an Fehlgeburten und einmal an eine heftige Gemüthsbewegung — Tod des Ehemanns — sich anschloss und ein anderes Mal mit dem Beginn der Wechselzeit zusammentraf.

Klinisch glich die Krankheit im Allgemeinen der echten Fallsucht. Grosse Reizbarkeit und eine starke Neigung zu Schwindelanfällen war den Kranken eigen. Als Besonderheit ist die Schnelligkeit der Verblödung genannt, die um so mehr hervortritt, in je höherem Alter die Leute erkranken. Die Heilungsaussichten sind durchaus schlecht.

Beitrag zur forensischen Würdigung der Selbstanklagen von Geisteskranken.

Von Dr. Kreuser-Schussenried.
(Zeitschr. f. Psych. Bd. 56, H. 4.)

Der aus guter Familie stammende, erblich belastete E. M. war frühzeitig verdorben und dem Trunk ergeben. Beim Militär machte er mehrmals alberne Fluchtversuche. Später liess er sich Unterschlagungen und Diebstähle zu Schulden kommen. Von 1893 bis 1898 zeigte er sich sieben Mal wegen Eigenthumsvergehen an und wurde bestraft. Ferner hat er sich zweier Brandstiftungen bezichtigt, die in seiner Vaterstadt passirt und ungeahndet geblieben waren und endlich eines angeblichen, 10 Jahre zurückliegenden Raubmords. Wenn schon bei jenen beiden Verbrechen die angestellten Ermittelungen zur Folge hatten, dass die Eröffnung des Hauptverfahrens gegen M. unterlassen wurde, so liess sich vollends kein Anhaltspunkt dafür finden, dass ein Mord, wie der von M. geschilderte überhaupt verübt worden sei. Um so dringlicher verlangte M. seine Bestrafung und Hinrichtung, er suchte immer mehr Gründe zu häufen und beschuldigte und verdächtigte Polizei und Gerichte, die ihn zurückwiesen, in schwerster Weise.

Aerztlich untersucht, klagte M. über Verdauungsstörungen (Erbrechen, Durchfall, schmerzhaftes Drängen), ferner über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Er erzählte, jede Nacht erscheinen ihm die Personen der von ihm Geschädigten und der Henker mit seinen Knechten. Thatsächlich ist er Nachts immer, selbst narkotischen Mitteln zum Trotz, schlaf- und ruhelos. Die Selbstanklagen sind formell klar, ihr Inhalt streift nie ans Unmögliche, Einwände bringen ihn zunächst in Aufregung und zum Schimpfen und Verläumden, dann aber dazu, seinem Gebäude von Behauptungen und Beweisen neue Glieder einzufügen. Für die Erfolglosigkeit seiner Selbstbezichtigungen macht er nur gewisse schmutzige Sachen verantwortlich, in die die Beamten seiner Vaterstadt verwickelt seien, und die bei der Verhandlung zum Vorschein kommen würden. Deswegen stemple man ihn zum Narren.

M. ist, trotz der Eigenart seines Falles, das klassische Beispiel eines chronisch Verrückten. Unter dem Einfluss von Erinnerungsfälschungen und Sinnestäuschungen formt er sich ein Wahnsystem, in dem er selbst zwar einerseits als schwerer Staatsverbrecher dasteht — eine etwas ungewöhnliche Art von Grössenwahn, andererseits doch wieder als ein um sein Recht von Andern Betrogener. Wäre seinen Selbstanklagen Glauben geschenkt worden, so hätte er das Schaffot bestiegen — in Wahrheit gehört er ins Irrenhaus.

Innere Medizin.

Beitrag zur Diagnose der Lungenspitzenkatarrhe.

Von Stabsarzt Dr. Burghart, Ass. a. d. I. med. Univ.-Klinik zu Berlin.
(D. milit.-ärztl. Zeitschr., 1900, H. 1.)

Die Tuberkulose der Lungen pflegt mit Erkrankungen der Lungenspitzen zu beginnen, deren Erkennung schwer zu sein pflegt und unmöglich sein kann. Das sicherste Zeichen eines solchen Spitzenkatarrhs sind die Rasselgeräusche, aber diese fehlen oft. Verf. hat nun die merkwürdige Beobachtung gemacht, dass bei Kranken mit unzweifelhaft bestehendem tuberkulösem Spitzenkatarrh, denen am Ort der Erkrankung Rasselgeräusche fehlten, häufig an einer andern Stelle, näm-

lich am unteren Lungenrande zwischen Brustwarzen- und vorderer Achsellinie, Rasselgeräusche zu hören sind. Da diese Stelle für die Ansiedlung von Keimen äussers wenig veranlagt ist, können offenbar die Geräusche nur durch angesaugtes Sekret aus den kranken Theilen zu Stande kommen. Dass es gerade die vorderen Theile des Lungengrundes sind, wo man die Geräusche vernimmt, wird vielleicht zum Theil dadurch bedingt, das B.'s Kranke fast sämmtlich tagsüber ausser Bett, also in aufrechter Stellung sich befanden. Niemals wurden die Geräusche auf der der kranken Spitze entgegengesetzten Seite gehört. Machten sie sich auf der bisher für gesund gehaltenen Seite geltend, so stellte sich bald heraus, dass hier die Spitze miterkrankt war.

Das Rasseln klingt verschieden, je nach der Flüssigkeit des Sekrets bezw. nach der Zeit seines Verweilens am unteren Lungenrande. Mitunter, namentlich wenn flüssigerer, reichlicherer Auswurf vorhanden ist, klingt es mehr grossblasig und feucht, meist aber, zumal bei zähem Auswurf, feinblasig, trocken, knisternd. Manchmal lässt sich beobachten, wie durch Eindickung des Abgesonderten die erste Form des Rasselns in die letzterwähnte übergeht.

Pleuritische Geräusche, mit denen die von B. beobachteten verwechselt werden könnten, werden meist nicht auf den einen engbegrenzten Bezirk beschränkt sein.

Bisher hat das von ihm entdeckte Erkennungsmittel den Verf. in keinem Falle irregeführt. An Nachprüfungen wird es sicher nicht fehlen, man kann ihren Ergebnissen mit einiger Spannung entgegensehen.

Ueber totale Pylorusstenose nach Laugenätzung.

Von Dr. A. Hadenfeldt-Kiel.
(Münch. Med. W. 1900 No. 7.)

Aetzende Flüssigkeiten pflegen die Speiseröhren-Schleimhaut zu verwunden und hier durch nachträgliche Schrumpfung eine Verengung herbeizuführen. Sehr selten dürfte der Sitz der Aetznarbe am Pförtner des Magens zu suchen sein. Der siebenjährige Kranke, über den H. berichtet, hat beide Formen der narbigen Verengerung durchmachen müssen. Er hatte Lauge statt Kaffee getrunken und nachdem die bedrohlichen Anfangserscheinungen rasch vorübergegangen waren, nach einer Woche die Erscheinungen einer Speiseröhren-Enge dargeboten. Binnen 8 Tagen war er unter Sondenbehandlung hiervon genesen. Nach einer weiteren Woche fiel den Angehörigen auf, dass der Leib des Kindes stark aufgetrieben war. Der Arzt fand jetzt neben der durch Gase bewirkten Aufblähung nur ganz vorübergehend geringes Fieber. Erbrechen war zunächst nicht vorhanden, der Schmerz war gering, dabei magerte der Kranke jedoch sichtlich ab. Nach einigen Tagen stellte sich Brechneigung mit geringer Wirkung ein. Ferner breitete sich zu beiden Seiten des enorm geblähten Leibes eine Dämpfung von zunehmender Grösse aus. Von den in Betracht kommenden Krankheiten konnte bei dem Verlauf des Leidens eine Bauchfellentzündung in Folge von Geschwürsdurchbruch, eine innere Einklemmung oder Blutung ausgeschlossen werden. Mehr Wahrscheinlichkeit war für eine chronische tuberkulöse Bauchfellentzündung gegeben, zumal das Kind tuberkulös belastet war. Jedenfalls erschien ein Probe-Bauchschnitt geboten. Dieser ergab einen ganz unerwarteten Befund. Von der Beckenfuge bis zum Zwerchfell und seitlich bis in die Weichen wurde der Bauch durch eine prall gespannte Blase mit seidenpapierdünner Wand ausgefüllt. Geöffnet erwies sich diese Blase als der Magen, der sich nach der Entleerung bis annähernd zur gewöhnlichen Grösse zusammenzog. Er hatte mindestens 5 Liter enthalten. Der durch die Oeffnung vorgezogene Pförtner zeigte sich durch Granulationsgewebe völlig verlegt. Es wurde eine Verbindung zwischen Magen und Darm hergestellt. Der Kranke erholte sich, abgesehen von einigen Bauchdecken-Abscesschen, glatt und vollständig.

Aus den sich anschliessenden Bemerkungen des Verfassers sei hervorgehoben, was er über die Geringfügigkeit des Erbrechens sagt: Es dürfte, vielleicht abhängig von der Narbe in der Speiseröhre, am Magenmunde eine Art Klappenventil bestanden haben, das wohl Nahrungsaufnahme, aber nicht Erbrechen gestattete.

Tödtliche Darmblutung nach einem Unfall.

Von Dr. Gratz-Sobbowitz, W.-Pr.
(D. med. Wochenschr. 1899, No. 27.)

Ein bisher gesunder, 47jähriger Arbeiter, der beim Legen eines Bahngeleises beschäftigt ist, will mittelst eines Hebebaumes das Geleis hochdrücken, dabei gleitet der Hebel ab und der Arbeiter stürzt hin. Er hat gleich nachher Schmerzen im Leibe, bleibt aber bei der Arbeit. Am Nachmittag werden die Schmerzen, besonders in der Nabelgegend, ungemein heftig. Uebelkeit und Aufstossen gesellt sich dazu. Der alsbald herbeigerufene Arzt findet objektiv nur mässige Auftreibung des Leibes und Druckempfindlichkeit unter dem linken Rippenbogen, kein Erbrechen, keine Pulsbeschleunigung, keine Temperatur-Erhöhung. Abends wird er nochmals citirt, findet aber den Mann schon todt. [Die Thatsache des vorhergegangenen Unfalls wird ihm erst am folgenden Tage vom Betriebsleiter, der selbst Augenzeuge gewesen ist, mitgetheilt.]

Die Sektion ergab zwischen den Blättern des Gekröses zahlreiche flächenhafte Blutergüsse, und eine Füllung des Dünndarmes mit theils geronnenem, theils flüssigem Blut. Nirgends fand sich eine Zerreissung oder Geschwürsbildung an der Darmschleimhaut, nirgends die Verletzung eines grösseren Gefässes.

Verf. sucht die Ursache dieser tödtlichen Blutung aus feinsten Gefässen in der starken Anspannung der Bauchpresse beim Drücken auf den Hebebaum (?), schliesst aber auch einen Schlag des Hebebaumes gegen den Leib nicht aus.

Chirurgie.

Zwei Fälle von Kniegelenksverstauchung.

Von Dr. Guttmann-Otterndorf.
(Die ärztliche Praxis 1900 No. I.)

Die Kniegelenksverstauchung, deren Erkennung leicht zum Schaden der Kranken verfehlt werden kann, ist im Stande, die Erwerbsfähigkeit der Verletzten ernst und dauernd herabzusetzen. Der sie begleitende Bluterguss wird schwer aufgesaugt und führt zu einer Kapselerschlaffung, der Reiz des liegenbleibenden Blutes bedingt chronische Entzündungszustände. Die Verletzten klagen dann hauptsächlich über Unsicherheit beim Stehen und Gehen, insbesondere wenn sie Lasten tragen sollen, und über Schmerzen, namentlich bei Anstrengungen. Man findet scheinbar geringe Abweichungen: das Bein kann im Gelenk ein wenig überstreckt, ein wenig seitlich verschoben werden, die Muskeln des Oberschenkels magern etwas ab. Da es aber bei unsern Steh- und Gehwerkzeugen eben darauf ankommt, sie in jeder beliebigen Lage vollkommen feststellen zu können, so sind jene geringen Veränderungen in der Berufsthätigkeit von grosser Bedeutung. Auffälliger werden die Störungen natürlich, wenn Bänderzerreissungen mit erfolgt sind. Auf dem Boden ganz geringfügiger Verstauchungen entwickelt sich als schwerste Folge dieser Unfälle nicht ungern die Gelenkstuberkulose.

Zwei kurze Krankengeschichten sind beigefügt.

Eine 50jährige kräftige Frau stürzte auf schlüpfrigem Boden, wobei sie sich ihr linkes Bein „verdrehte“. G. fand einen starken Bluterguss im Gelenk. Ausserdem liess sich das Bein im Knie überstrecken, woraus er eine Abreissung der gekreuzten Gelenkbänder folgert. Der Unterschenkel liess sich gegen den Oberschenkel nach aussen etwas abknicken und um den äusseren Rollhügel desselben ein wenig rotieren. Hieraus ergab sich also auch eine Zerreissung des inneren Verstärkungsbandes der Gelenkkapsel. Um die Heilung der zerrissenen Theile zu sichern, wurde nach Ablauf der ersten stürmischen Erscheinungen ein Dauer-Gipsverband angelegt. Nach einigen Monaten konnte die Frau eben anfangen, mit Stock und Knieschutzkappe zu gehen. Jetzt nach 2 Jahren geht sie leidlich gut am Stock mit umwickeltem Knie, ist aber grösseren Anstrengungen keineswegs gewachsen. Dabei bestehen objektiv nur geringfügige Wackelbewegungen neben einem mässigen Schwund der Muskulatur. Die der Verletzten zugebilligte Rente von 60 Prozent scheint eher zu niedrig als zu hoch.

Eine 17jährige kräftige, nicht tuberkulös belastete Magd erlitt eine Verstauchung des Knies, die objektiv nur durch den Bluterguss gekennzeichnet war. Unter geeigneter Behandlung schien alles gut zu werden, doch blieb das Gelenk 2 cm dicker als das der andern Seite, und zwar blieb eine Kapselverdickung bestehen, die dem Verf. stark tuberkuloseverdächtig ist. Ein sehr deutliches Beispiel für Gelenkstuberkulose nach Verstauchung stellt dieser Fall nicht dar. Es sind gerade in letzter Zeit eine ganze Anzahl von Fällen veröffentlicht worden, die darauf hindeuten, dass auch völlig gutartige Gelenkentzündungen mit Gewebswucherung nach Verstauchungen entstehen können.

Ueber einen Fall von willkürlicher Knieluxation nach Trauma.

Von Dr. Lissauer-Heidelberg.
(Mon. f. Unf. 1899. No. 12).

Ein Schlepper wurde von herabfallenden Lehmmassen getroffen, als er das linke Bein nach vorn gesetzt und im Knie leicht gebeugt hatte. Er erlitt eine Verrenkung des Unterschenkels nach hinten, die erst 5 Tage nachher wieder zurückgebracht wurde. Nach 6 Wochen wurde er aus der Krankenhausbehandlung als geheilt entlassen. Er bemerkte jedoch bald, dass er den Unterschenkel im Kniegelenk willkürlich nach hinten und vorn verschieben konnte. Dabei war er im Gehen sehr behindert, immer kam es ihm vor, als wolle das Bein nach hinten durchbrechen. Im Vulpius'schen Institut wurde eine ziemlich beträchtliche Verdickung des Gelenks, ein Erguss in demselben und knirschen bei Bewegungen gefunden. Es zeigte sich, dass die Angaben des Verletzten über seine Fähigkeit, das Knie in Verrenkungs- (Subluxations-) Stellung und aus derselben willkürlich durch Muskelzug zu bringen, richtig waren. Wenn er beim Stehen oder Gehen das Bein strecken will, tritt ohne seinen Wunsch und unter Schmerzen gleichfalls die Verrenkung ein. Daher geht er gewöhnlich mit leicht gebeugtem Knie.

Die Verletzungsfolgen sind recht unangenehm und ernst. Ohne entsprechende Behandlung würde einerseits die Erschlaffung der Bänder immer höhere Grade erreichen, andrerseits würden sich wahrscheinlich chronisch entzündliche Störungen im Gelenk festsetzen.

Der Verletzte hat daher einen Schienenhülsenapparat erhalten, durch den womöglich eine Schrumpfung der erschlafften Gelenkkapsel erreicht werden, mindestens aber, wenn er den Apparat dauernd tragen muss, die Gehfähigkeit gebessert werden soll.

Ueber Schussverletzung des Rückenmarks im Halstheil.

Von Oberarzt Dr. Herhold-Altona.
(D. Militärärztl. Zeitschr. 1900 No. 1.)

Durch den Bleikern eines abgelenkten Geschosses wurde ein Gefreiter in der Mitte des Nackens verletzt. Er brach zusammen und war an allen Gliedmassen, sowie an Blase und Mastdarm völlig gelähmt. Die Reflexe waren erloschen, die Hautempfindung bis aufwärts zur zweiten Rippe aufgehoben. Alsbald stellte sich hohes Fieber ein. Der Tod erfolgte am vierten Tage. Das Geschoss war zwischen den Bögen des vierten und fünften Wirbels eingedrungen, hatte das Rückenmark seitlich verletzt und war im Wirbelkörper stecken geblieben. Ein blutiger Eingriff wäre offenbar nutzlos gewesen.

Zu Friedenszeiten sollen derartige Verletzungen ungemein selten sein und am ehesten noch bei Selbstmördern, die sich in den Mund schiessen, vorkommen.

Fraktur des äusseren Gehörganges beiderseits durch Sturz vom Zweirad.

Von Prof. Passow-Heidelberg.
(Mon. f. Unf. 1900 No. 1.)

Ein gesunder Mann in mittleren Jahren stürzt vornüber vom Zweirad. Er erhält eine quere Quetschwunde am Kinn, aus beiden Gehörgängen träufelt Blut ab. In die Klinik gebracht, bekommt er, ohne dass vorher Reinigungsversuche angestellt werden, einen Deckverband, der den Unterkiefer mit feststellt. Das anfangs sehr herabgesetzte Gehör bessert sich schon bis zum nächsten Tage etwas. Jetzt lässt die Untersuchung Hautrisse in beiden Gehörgängen erkennen, während die Trommelfelle unversehrt sind; aus dem Riss auf der rechten Seite ragt alsbald, aus dem auf der linken nach einigen Tagen ein Knochensplitter hervor. Beide Splitter werden entfernt. Die Wunden heilen mit kaum merklicher Einziehung. Eine Hörstörung bleibt nicht zurück.

Hier hat also der Unterkieferfortsatz beiderseits beim Sturz auf das Kinn aus seiner Gelenkhöhle Stücke, die dem knöchernen Gehörgang angehörten, ausgesprengt, ohne dass die inneren Theile der Ohren verletzt wurden. Bemerkenswerth ist, dass in anderen ähnlichen Fällen nachträgliche Verengerungen des Gehörganges, jedenfalls durch Kalluswucherung, vorgekommen sind. Hier ist nichts derartiges entstanden.

Gynäkologie.

Ueber Zerreissungen des Nabelstranges und ihre Folgen für den Neugeborenen.

Von Dr. Joseph Bayer-Köln.
(Volkman'sche Hefte N. F. N. 265.)

Veranlassung zu der Arbeit gab ein Fall, in welchem eine 18jährige Erstgebärende, angeblich allein, im Bett bei der Geburt eines reifen Kindes bewusstlos wurde. Man fand das Kind todt, mit durchrissener Nabelschnur, Schädelbrüchen und Leberriss. Nach den übrigen Befunden hatte es geathmet und gelebt.

Wegen Beweismangel wurde Mutter und Grossmutter des Kindes freigesprochen.

B. geht diesen Fall durch bezüglich einzelner Verletzungen und spricht sich dahin aus, dass das Kind nicht anders als durch verbrecherische Manipulationen gestorben sein kann.

Er bringt die Literatur und Versuche über die Zerreissbarkeit der Nabelschnur innerhalb und ausserhalb des Mutterleibes, ohne eigene Versuche hinzuzufügen. Ebenso beweist er aus der Literatur, dass die Stürze auf den Kopf bei Sturzgeburten höchst selten den Neugeborenen Schaden zufügen und dass Leberrisse spontan höchst selten bei praecipitirten Geburten zu Stande kommen.

Für gerichtsärztliche Gutachten ist der Aufsatz wichtig und von Interesse. Schwarze.

Ein Fall von Pfählung mit Verletzung des Scheidengewölbes.

Von Dr. Friedrich Landwehr-Bielefeld.
(Deutsche medizinische Wochenschrift No. 42, 1899.)

Der vom Verf. mitgetheilte Fall von Pfählung bietet ein Beispiel für die relativ starke Widerstandsfähigkeit des Beckenbodens gegen Gewalten, welche von unten her eindringen, so dass dieselben verhältnissmässig selten zu einer Eröffnung der Bauchhöhle führen. Eine 44jährige Frau war in der Weise verunglückt, dass sie beim Ueberklettern einer Holzschranke sich auf einen aufrechtstehenden runden, mit stumpfem Ende versehenen Pfahl von etwa 1 m Länge und 3 cm Dicke aufspiesste. Von einer zur Hilfe herbeieilenden Person wurde die Verletzte bald aus ihrer Situation befreit, wobei sich sofort eine starke Blutung einstellte. Bei der 2½ Stunden nach der Verletzung vorgenommenen Untersuchung ergab sich folgender Befund: Die Blutung erfolgte aus der Vagina. Das Scheidengewölbe war auf der rechten Körperseite in der Mitte neben der Portio eingerissen. Der Riss setzte sich in den oberen Theil der Scheide fort und verlief schräg in der Längsrichtung derselben in einer Länge von etwa 4 cm. Die Schleimhaut war völlig durchtrennt, und die Wunde erstreckte sich in das subfasciale Bindegewebe, ohne dass eine Perforationsöffnung in die Bauchhöhle zu fühlen war. Nach Stillung der Blutung durch Tamponade der Vagina wurde die Verletzte ins Krankenhaus überführt. Bei der hier vorgenommenen Katheterisirung entleerte sich klarer Urin, so dass der Verdacht einer Blasenverletzung sich als unbegründet erwies. Ausser der Hauptwunde zeigten die Vagina als die Eintrittsstelle des Pfahles, sowie die Portio nur unbedeutende Verletzungen. Den Blutspuren nach zu urtheilen (ein übrigens sehr unsicheres Kriterium. Ref.) muss der Pfahl etwa 10 cm tief in den Körper eingedrungen sein. Die Wunde wurde durch eine fortlaufende Katgutnaht geschlossen; es trat primäre Heilung ein. -y.

Kann eine bei einer Laparotomie vergessene Gazekompresse in den Darm einwandern, ohne schwere Symptome zu machen?

Von Dr. J. P. zum Busch, Oberarzt am Germain Hospital.
(Central-Bl. f. Chir. 99 No. 51.)

Ein Fall von Einwanderung einer bei einer Laparotomie zurückgelassenen Kompresse in den Dünndarm.

Von Dr. J. Merttens-Düsseldorf.
(Centr.-Bl. f. Gyn. 1900 No. 4.)

Im ersteren Falle ging am 70. Tage nach einer abdominalen Myomotomie eine vergessene Gazekompresse durch den After ab, ohne dass die Kranke schwere Erscheinungen oder weiteren Schaden hatte.

Im Falle von Merttens hatte eine schwere abdominale Adnexoperation stattgefunden. 5 Monate später zeigte sich unter heftigen Schmerzen im Leibe eine wurstförmige Schwellung, welche sich beim Leibschnitt als eine Dünndarmschlinge erwies, in welcher eine Gazekompresse lag: Resektion des Darmstücks — Heilung. Merttens erwähnt den analogen Fall Rehns, den er auf dem Chirurgen-Kongres 1899 vortrug. Hier wurde die Compresse cr. 6 Monate nach einer Pyosalpinx-Operation aus dem Darm entfernt, in welchem sie ohne wesentliche Verwachsungen zu machen, gelegen hatte.

Weitere Fälle der Art sind der von Michaux, in dem 4 Wochen nach der Exstirpation von Uterus und Ovarien heftige Krämpfe begannen und in einem unentwirrbaren Knäul von Darmschlingen und Verwachsungen sich im Innern einer Dünndarmschlinge eine Kompresse fand. Die Patientin starb.

Schliesslich Pilate's Fall, der 6½ Monat nach einer Laparotomie den Abgang einer Kompresse durch den After beobachtete, ohne Schaden für die Patientin. Schwarze.

Augen.

Ein Beitrag zur Ophthalmia electrica.

(Aus der Augenheilanstalt von Dr. Herzog in Graudenz.)
Von Dr. L. Alexander-Nürnberg.
(Deutsche medizinische Wochenschrift 1899, No. 47.)

Mit der in steter Zunahme begriffenen Ausdehnung elektrischer Anlagen mehren sich auch die durch den elektrischen Strom direkt oder indirekt hervorgerufenen Betriebsunfälle. So gehört die „elektrische Augenentzündung“ keineswegs mehr zu den selten beobachteten Unfällen. Meist handelt es sich um Schädigungen des Sehorganes, die durch länger einwirkendes elektrisches Licht hervorgerufen wurden; zuweilen bildet aber auch das durch Kurzschluss herbeigeführte plötzliche Aufleuchten eines intensiven elektrischen Lichtstrahles das schädliche Agens. So war es der Fall bei der von Verf. mitgetheilten Beobachtung. Ein Monteur war damit beschäftigt, an einer Schalttafel in der elektrischen Centrale die Entfernung zwischen zwei Bolzen an den Strassenbahnmaschinen zu messen. Durch unvorsichtiges Manipuliren kam Kurzschluss zu Stande; es entstand ein greller Lichtbogen. Pat. fiel vor Schreck rückwärts gegen die Wand und war eine Viertelstunde lang nicht in der Lage, die Augen zu öffnen. Wenn er dazu den Versuch machte, so bekam er über beide Augen heftige Schmerzen, die nach dem Genick zu ausstrahlten. Als Pat. seine Augen wieder öffnen konnte, bemerkte er vor beiden stark blaue und gelbe Flecke, die sich etwa ½ Stunde lang beständig hin- und herbewegten. Die Augen thränten und brannten; zwölf Stunden nach dem Unfall traten sehr heftige Schmerzen an den Augen auf, die nach sechs Stunden allmählich nachliessen, um dann ganz zu verschwinden. Zur Zeit der Untersuchung klagt Pat. nur noch über etwas Brennen, Thränen und Müdigkeitsgefühl in beiden Augen. Der Befund ist Folgender: Am linken Auge sind die oberen Cilien zum grössten Theil an ihrer Spitze versengt. Die Conjunctiva palpebrarum ist beiderseits, besonders an dem unteren Lide, stark geröthet, die Uebergangsfalten mässig geschwellt. Ausser der stärkeren Thränenabsonderung keine Sekretion. Die Conjunctiva bulbi ist etwas injizirt, am stärksten im Lidspaltenbezirk, hier auch etwas chemotisch. Beide Pupillen sind stark verengt und zeigen nur träge Reaktion. Das Gesichtsfeld ist beiderseits in der Peripherie von normaler Ausdehnung, am rechten Auge auch central. Links dagegen giebt Pat. ein positives Scotom an, welches er auf ein vorgehaltenes weisses Blatt als eine fast kreisrunde Scheibe projizirt. Die Hauptsymptome waren also neben der Versengung der Cilien der heftige Blepharospasmus, die Erscheinungen, die als Netzhautreizung aufzufassen sind und die lebhaften Schmerzen. Die Therapie muss sich in solchen Fällen auf ein symptomatisches Vorgehen beschränken (Schonung, Kokain). —y.

Ueber Durchtrennung des Sehnerven.

Von Dr. Fritz Mendel, Ass.-A. d. Hirschbergschen Augenheilanstalt.
(B. kl. W. 1899, No. 45.)

Der Sehnerv ist ein Theil des Gehirns: einmal völlig durchschnitten, kann er nie wieder zusammenwachsen. In diesem Falle tritt dauernde, völlige Erblindung ein, und die Pupille zieht sich auf Lichteinfall nicht mehr zusammen. Da der Nerv in seinem dicht am Augapfel gelegenen Theile die Centralarterie enthält, wird nur bei Durchscheidung dieses

Theils der Blutkreislauf der Netzhaut sofort gestört: die Schlagäderchen werden unsichtbar, in den Blutäderchen zerfällt die Blutsäule in kurze Cylinder, die Netzhaut trübt sich milchig — ganz wie bei Verstopfung der Centralarterie oder unmittelbar nach dem Tode. Wird der Sehnerv unvollständig durchtrennt, so ist die Blindheit nur im Anfang vollkommen, später stellt sich ein mehrweniger grosser Theil des Sehvermögens wieder ein.

Nach diesen Vorbemerkungen sind die nachfolgend kurz wiedergegebenen Fälle ohne weiteres verständlich.

1. Einem Arbeiter flog ein Stück Holz von einer ungeheuer schnell rotirenden Maschine gegen das eine Auge. Sofort trat dauernde Blindheit ein. Der Augenspiegelbefund entsprach dem einer Embolie der Centralarterie. Das Herz war gesund. Da ein Gutachter Embolie annahm, wurde der Mann, der, damals noch auf Grund des Haftpflichtgesetzes, Entschädigung beanspruchte, wegen Betrugs angeklagt. Der zweite Gutachter nahm Durchtrennung des Sehnerven dicht am Augapfel an. Eine sehr seltne Verletzung.

2. Ein junger Mann lief mit dem Auge in ein Rappier. Sehfähigkeit und Pupillenreaktion waren und blieben verschwunden. Der Spiegelbefund war Anfangs normal, dann blasste die Sehnervenpupille in ihrer äusseren Hälfte ab.

3. Ein Mann stürzte von einer Leiter mit dem Auge auf einen vorstehenden Eisennagel. Das Unterlid war durchbohrt. Stockblindheit und Pupillenstarre bestanden wie bei 2, der Augenspiegelbefund war derselbe.

In diesen beiden Fällen war der Sehnerv in der Mitte der Augenhöhle zerrissen.

4. Nach Florettstich ins Auge bestand acht Tage lang völlige Blindheit, dann blieb ein Ausfall des Sehvermögens in der Mitte des Gesichtsfelds und eine allgemeine Schwachsichtigkeit zurück.

5. Ein fünfjähriger Junge erhielt einen Heugabelstich in's Auge. Unmittelbar nachher vermochte er auf der verletzten Seite nur Handbewegungen zu sehen, die Pupille reagirte gut, der Hintergrund war fast normal. Die Sehfähigkeit besserte sich, das Gesichtsfeld behielt oben und unten Lücken und in der Mitte eine Verdunkelung, die Schläfenhälfte des Sehnerven blasste ab.

6. Ein Knabe stiess sich gegen einen Blumenstock und erhielt eine Wunde am rechten unteren Lide. Vom Gesichtsfeld fehlte Anfangs die ganze untere Hälfte, später stellte es sich vollkommen wieder her. Die Sehnervenpapille blasste ab.

7. Ein Student erhielt einen Stoss mit stumpfem Rappier gegen das rechte Auge. Eine Viertelstunde lang bestand völlige Blindheit, doch war der Augenhintergrund normal. Dann stellte sich bei stark abgeschwächter centraler Sehschärfe die untere Hälfte des Gesichtsfelds wieder ein. Während die Sehschärfe sich immer mehr besserte, blieb die obere Gesichtsfeldhälfte verloren, und der untere Theil der Papille hat sich entfärbt.

Die Fälle 4—7 stellen unvollständige Sehnerven-Verletzungen verschiedenen Grades dar.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Die Frage der Volks-Nervenheilstätten

wurde bei der 68. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz in klaren und umfassenden Referaten behandelt, deren Inhalt wir um so lieber hier mittheilen, weil seine Verbreitung in weitere Kreise sicher geeignet ist, das Interesse für die Heilstättenbewegung zu fördern.

Ueber den Stand der Frage der Errichtung von Nervenheilstätten und die Wege zu ihrer Lösung.

Von Sanitätsrath Dr. J. Peretti-Grafenberg.

Ueber Nothwendigkeit und Einrichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke.

Von Dr. Aug. Hoffmann-Düsseldorf.

Peretti gab zuerst einen gedrängten geschichtlichen Abriss der Bewegung und hob dann kurz hervor, wie es so viele Nervenkranke giebt, die nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Fachleute von der Sprechstundenbehandlung wenig oder nichts haben, und denen zu einer gründlichen Kur im Hause oder noch besser ausserhalb desselben die Mittel fehlen. Für diese Ungezählten müssen die Heilstätten geschaffen werden!

Der Vortragende besprach sodann die Grundfrage: Woher sollen die Mittel kommen? Der Staat wird sicher nichts geben, die Provinzen und Gemeinden voraussichtlich ebensowenig. Von der Privat-Wohlthätigkeit verspricht P. sich nicht allzuviel, weil sie schon zu sehr in Anspruch genommen ist. Dagegen bei den Berufsgenossenschaften ist geradezu das Bedürfniss nach solchen Heilstätten für ihre nervenkranken Unfallrentner vorhanden, ebenso bei den Invaliditätsversicherungs Anstalten, die ja jetzt auch die Aufgabe übernommen haben, Invalidität zu verhüten, und endlich werden die Kassen, besonders auch die Bahnkassen, Kranke in die Heilstätten schicken. Also die Betriebskosten würden schon gedeckt werden, aber für die Errichtungskosten bleibt nichts anderes übrig als, private Wohlthätigkeit mit in Anspruch zu nehmen, und bei aller Skepsis kann man hoffen, dass diese im Verein mit den oben erwähnten Instituten doch ausreichende Mittel schaffen wird.

Hoffmann streifte erst kurz den naheliegenden Einwand, die Zeit sei jetzt für die Nervenheilstätten ungünstig gewählt, da man gerade jetzt grosse Summen für Lungenheilstätten ausgebe. Bei Dingen, die wirklich nothwendig sind, dürfen solche Erwägungen nicht massgeblich sein, und dass die Nervenheilstätten nothwendig sind, wird allgemein, selbst von solchen zugegeben, die den Lungenheilstätten mit geringen Erwartungen gegenüberstehen.

Für welche Kranke sind sie nun nöthig? Zunächst und in der Hauptsache für einen grossen Theil aller Neurasthenischen und Hysterischen. Ihre Behandlung stellt Anforderungen, die zu erfüllen das gewöhnliche Krankenhaus nicht in der Lage ist. Alle Privatanstalten sind zu theuer und für Leute niederer Stände meist zu vornehm. Leichtere Formen von circulärem Irrsein und periodischer Melancholie, allenfalls auch die leichtesten von Schwachsinn, Verrücktheit, Zwangsvorstellungen und Hypochondrie können mit Aufnahme finden. Ausgesprochene Geisteskranke und Epileptiker müssen ausgeschlossen sein. Für vereinzelte Kranke mit halbseitigem Kopfschmerz, Veitstanz, Zitterlähmung und Muskelkrämpfen kann die Heilstätte von Nutzen sein. Die nach Schlaganfällen und Hirnentzündungen Gelähmten, Lähmungsirrsinnige mit sehr geringen seelischen Erscheinungen (eine immerhin recht bedenkliche Kategorie! Ref.), verschiedene Rückenmarkskranke dürften zeitweilig Aufnahme finden. Die Unfallneurosen werden ständig einen Theil der Insassen bilden.

H. stellt sich mit dieser Liste auf denselben Boden, wie etwa Möbius. Insbesondere will er die Unfall-Neurosen schon aus finanziellen Rücksichten nicht ausschliessen, ihren ungünstigen Einfluss auf die anderen Kranken fürchtet er, wenn sie nicht zu zahlreich sind, weniger als Fürstner. Von der Anwesenheit der nicht seelisch, sondern körperlich Kranken verspricht er sich für Arzt und Mitkranke viel Vortheil. In der langweiligen und trübseligen Gesellschaft von Hypochondern und Neurasthenikern sollen sie ein interessantes und

dabei für die anderen Kranken anregendes und erheiterndes Element bilden.

Um für die Zahl der Kranken, die zur Zeit in der Rheinprovinz der Heilstätte bedürften, einen ungefähren Anhalt zu gewinnen, haben die Referenten eine Umfrage bei den Krankenhäusern und einzelnen Kollegen veranstaltet. Es stellte sich heraus, dass 1898 in 32 Krankenhäusern (kaum die Hälfte der Gesammtzahl) und von drei Aerzten 1760 Nervenkranke behandelt worden sind. 554 litten an Hysterie, Neurasthenie und Aehnlichem, ausserdem waren 150 nach Verletzungen und 819 theils organisch, theils an leichten Seelenstörungen erkrankt. Nimmt man von den ersten beiden Gruppen 50 Prozent und von der letzten 10 Prozent als anstaltsbedürftig an — eine viel zu niedrige Schätzung —, so kommen schon 433 Personen zusammen. Eine Heilstätte, die nicht gut mehr als 100 Betten haben kann, würde also sofort reichlich gefüllt werden können. Ferner wurde festgestellt, dass am 1. Juli 1898 von etwa 20000 Invalidenrentnern rund 900 Nervenleidende waren, von denen sicher ein Theil vor der Invalidität hätte bewahrt werden können.

Bei der obigen Statistik fielen von ca. 1500 Personen etwa die Hälfte den Krankenkassen, ein Siebentel den Gemeinden zur Last, die Uebrigen zahlten selbst. Diese letztere Gruppe, die „Minderbemittelten", sind es, denen eine Fürsorge heutzutage am meisten Noth thut.

Aufgenommen dürften in die Heilstätten nur heilbare oder doch voraussichtlich besserungsfähige Kranke werden.

Die Heilstätte soll nicht über 100 Insassen haben. Als Haupt-Heilmittel soll die Arbeit angewandt werden, aber nicht zwangs- und schablonenmässig, am meisten jedenfalls in Form von Garten- und Feld-, Tischlerei-, Buchbinder- und Schreibarbeit, auch leichter geistiger Beschäftigung. Daneben sollen andere Nervenbehandlungsweisen keineswegs vernachlässigt werden. Ruhe muss in der Anstalt herrschen. Die Verpflegung muss einfach sein, alkoholische Getränke wird man, auch ohne Ultra-Abstinenzler zu sein, gern streichen.

Eine Angliederung an eine bestehende Irrenanstalt, die Peretti nicht ganz ausschliesst, widerräth H., ebenso die an Epileptikeranstalten (Wildermuth) oder an ein Krankenhaus. Eine Universitätsanstalt, in der die physikalischen Heilweisen gelehrt werden, liesse sich mit der Heilstätte gut verbinden.

Die Schlusssätze der Berichterstatter lauteten:

I. Die Errichtung von Heilstätten für minder bemittelte Nervenkranke ist eine Nothwendigkeit.

II. Der Verein wählt eine Kommission von fünf Mitgliedern, die sich mit den dabei interessirten Korporationen, Vereinen etc. in Verbindung zu setzen hat, um die Errichtung zunächst einer Heilstätte in der Rheinprovinz anzustreben.

Warme Fürsprecher fanden diese Anträge in Thomsen, Pelmann und Hoestermann. Der Letztere wies auf eine wahrlich der Fürsorge bedürftige Klasse von Nervenleidenden, auf die nervös abgespannten Lehrerinnen hin, für die jetzt in Boppard ein Heim mit geringen Preisen gegründet worden ist.

Meyhöfer glaubt nicht, dass die Privatwohlthätigkeit gegenwärtig leicht zu gewinnen sein wird. Von der Verpflichtung der Invaliditätsanstalten, für die Nervenkranken, die ihnen später zur Last fallen könnten, zu sorgen, ist er überzeugt. Dass bei diesen Anstalten das Bedürfniss nach der Existenz von Heilstätten jetzt schon vorhanden sei, bestätigt er.

Am bedenklichsten drückt sich Oebeke aus, der es nicht eben für praktisch hält, in diesem Augenblick die Frage anzuschneiden.

Trotz dieser Zweifel nahm die Versammlung die Sätze der Berichterstatter einstimmig an.

Zu Kommissionsmitgliedern werden Hoffmann, Meyhöfer, Pelmann, Peretti und Oebeke gewählt.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Schonungsbedürftigkeit bedingt ebenfalls Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invaliden-Gesetzes.

Rek.-Entscheidung vom 21. März 1899.

Gegen das ungünstige Urtheil des Schiedsgerichts hat der Vorstand der Versicherungsanstalt rechtzeitig die Revision eingelegt und die Aufhebung der angefochteten Entscheidung, sowie Abweisung der Klägerin mit ihrem Rentenanspruch beantragt. Der Revision wurde der Erfolg versagt, weil die angefochtene Entscheidung weder auf der unrichtigen Anwendung oder Nichtanwendung des bestehenden Rechts, noch auf einem Verstoss wider den klaren Inhalt der Akten beruht, das Verfahren auch nicht an einem wesentlichen Mangel leidet, mithin keiner der vom Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz zugelassenen Revisionsgründe vorliegt. Insbesondere ist die Feststellung des Schiedsgerichts, dass in den Verhältnissen der Klägerin eine Veränderung, welche sie nicht mehr als dauernd erwerbsunfähig erscheinen lasse, noch nicht eingetreten sei, weder aktenwidrig noch rechtsirrthümlich. Zunächst kann dem Schiedsgericht im Hinblick auf das ihm nach § 18 der Kaiserlichen Verordnung vom 1, Dezember 1890 zustehende Recht der freien Beweiswürdigung nicht entgegengetreten werden, wenn es bezüglich der oben bezeichneten Frage das Gutachten des von ihm gehörten ärztlichen Sachverständigen Dr. G. vom 9. Mai 1898 als massgebend erachtet hat. Inhalts dieses Gutachtens ist nun zwar die Klägerin nicht nur in ihrem Befinden erheblich gebessert, sondern auch wieder zu einem Drittel erwerbsfähig befunden worden, andererseits aber die Befürchtung ausgesprochen, dass, wenn die Klägerin sich wieder regelmässig beschäftige, eine erneute Verschlimmerung ihres Zustandes eintreten werde. Hiernach ist also für die Klägerin noch Enthaltung von der Arbeit geboten, um zu verhüten, dass sie nicht wieder erwerbsunfähig wird. Solche Zeiten der Schonung sind einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit gleich zu achten. Dieser Grundsatz trifft auch zu für den hier vorliegenden Fall des § 33 Absatz 1 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes. Ein Rentenempfänger hört nicht schon dann auf, erwerbsunfähig zu sein, wenn er zwar an sich schon wieder im Stande ist, durch Lohnarbeit den gesetzlichen Mindestverdienst zu erreichen, aber Gefahr läuft, durch Verrichtung der Arbeit seine Erwerbsfähigkeit wieder zu verlieren, er also, um dieses zu vermeiden, die Wiederaufnahme der vollen Arbeit einstweilen unterlassen oder sich doch Schonung auferlegen und bis zur Wiedergewöhnung an die Arbeit und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit in der Bethätigung seiner Arbeitskraft angemessen beschränken muss. Erst wenn die Kräftigung so weite Fortschritte gemacht hat, dass eine Verschlimmerung des Zustandes durch Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht mehr zu besorgen ist, er scheint die Annahme begründet, welche die Anwendung des § 33 Absatz 1 a. a. O. rechtfertigt, dass der Rentenempfänger nicht mehr dauernd erwerbsunfähig sei. Diese Grundsätze entsprechen auch den Gesichtspunkten, von denen auf dem verwandten Gebiete der Unfallversicherung das Reichsversicherungsamt sich bei der Auslegung und Ausgestaltung der §§ 65 und 7 des Unfallversicherungsgesetzes hat leiten lassen.

M.

Kniegelenksverletzung. — Die volle oder die halbe Rente oder 75 Prozent.
Rekurs-Entscheidung vom 15. Dezember 1899.

F. D. aus Ch. bezog zuletzt seit dem 31. Juli 1898 von der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft in Folge eines am 28. September 1897 erlittenen Betriebsunfalls bestehend in einer Quetschung des rechten Knies, die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Durch Bescheid der Genossenschaft vom 27. Jan. 1899 ist die Rente vom 1. Februar 1899 ab auf $33^1/_3$ Prozent der Vollrente herabgesetzt worden, weil in den Verhältnissen des Rentenempfängers, welche für die Feststellung der Entschädigung massgebend gewesen sind, nach dem Gutachten des Dr. K. vom 23. Januar 1899 eine dementsprechende Aenderung eingetreten sei. Auf die Berufung des Verletzten forderte noch das Schiedsgericht ein Obergutachten des Sanitätsraths Dr. B. ein, in welchem Folgendes ausgeführt wurde: D. giebt an, dass er früher stets gesund, am 28. September 1897 beim Möbeltransport durch Auffallen eines Spindes eine Quetschung des rechten Knies erlitten habe. Danach hat er trotz mannigfacher Beschwerden bis in den Dezember 1897 weitergearbeitet, indem er zwischenein immer einige Tage aussetzte. Dann hat er sich krank gemeldet bei Herrn Dr. B. in Ch., und ist auch in der Poliklinik der Charité punktirt worden. Sechs Wochen ist er auch im Krankenhause zu Ch. behandelt, und noch vier Wochen in der Charité. Auf ein Gutachten des Herrn Dr. K. vom 20. August 1898 hat er von der Berufsgenossenschaft die Vollrente erhalten, und trat seit dieser Zeit in die Behandlung des genannten Arztes. Nachdem dieser ihn bis zum 23. Januar 1899 behandelt, setzte ihm die Berufsgenossenschaft auf Grund des Gutachtens vom 23. Jan. 1899 seine Rente auf $33^1/_3$ Prozent herab. Dagegen hat er jetzt Berufung ans Schiedsgericht eingelegt, indem er behauptet, dass er mehr geschädigt sei, denn er hätte Schwäche im rechten Bein und Anschwellung des Knies, sodass er sich auf dem Bein unsicher fühlte. Bis jetzt habe er noch gar keine Arbeit anfangen können. Abgesehen von dem rechten Bein sei er ganz gesund. Bei der Untersuchung zeigte der p. D. sehr gesundes Aussehen und sehr kräftigen Körperbau mit kräftig entwickelter Muskulatur. Seine inneren Organe sind gesund. Am rechten Knie bemerkt man alsbald eine beträchtliche Verdickung, sein Umfang über der Kniescheibe gemessen, beträgt 42,5 cm (gegen 37,5 links); beim Zufassen bemerkt man, dass diese Umfangsvermehrung auf einer Verdickung der Gelenkknorren und auf einen beträchtlichen Erguss in das Gelenk selbst beruht; die Kniescheibe ist abgehoben; es besteht eine ausgiebige abnorme seitliche Beweglichkeit im Gelenk in gestreckter Stellung: die Streckung im Gelenk ist ausführbar, die Beugung bleibt um 25 Grad gegen links zurück. Bei Bewegungen des Gelenkes hört man Reibegeräusche. Es besteht eine so mangelhafte Festigkeit des Gelenkes, dass D. auf dem rechten Bein allein nicht stehen kann. Die Muskulatur des rechten Oberschenkels ist weicher als die des linken, und bleibt im Schritt um 1 cm (56:57), in der Mitte um 2 cm (52:54) und Handbreit oberhalb des Knies um 2 cm (42:46) gegen links zurück. Der Umfang der Wade ist gleich und eine Anschwellung des Unterschenkels besteht nicht mehr. Dieser Befund weicht im Wesentlichen nur insofern etwas von dem durch Herrn Dr. K. geschilderten ab, als das Umfangsmass des rechten Knies jetzt um 2 cm stärker ist; im Uebrigen ist der Befund derselbe. Es ist auch zuzugeben, dass durch Beseitigung der Anschwellung des rechten Unterschenkels gegen den Zustand vom 20. August 1898 eine gewisse Besserung eingetreten ist. Aber diese Besserung kann sich in Bezug auf die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes und somit der Erwerbsfähigkeit des Mannes nicht als wesentlich ansehen. Das verletzte rechte Knie des p. D. befindet sich noch immer in einem so hochgradigen Zustande der Entzündung und Ausschwitzung, dass D. meines Erachtens noch immer auf die Pflege und Behandlung seines erkrankten Beines angewiesen und zu keinerlei Arbeit fähig ist. Er ist noch krank und der ärztlichen Behandlung, auch operativer Behandlung in einem Krankenhause bedürftig. Ich muss daher mein Gutachten schliesslich dahin abgeben, dass bei dem p. D. seit der Untersuchung vom 20. August 1898 noch keine wesentliche Besserung eingetreten ist, sondern dass er noch immer in Folge seines Unfalls vom 28. September 1897 als völlig erwerbsunfähig anzusehen ist. Das Schiedsgericht sprach darauf dem Kläger die Vollrente zu und machte geltend: dem sehr eingehenden und wohlbegründeten Gutachten des Sanitätsraths Dr. B., welcher dem Schiedsgericht auf dem Gebiete der Unfallheilkunde als hervorragend bekannt ist, hat sich der Gerichtshof ohne Bedenken angeschlossen. Diese Entscheidung focht die Genossenschaft durch Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt an, welches noch ein Gutachten des Professors Dr. R. einholte. Letzterer machte u. A. geltend, es handle sich hier um eine deformirende Gelenksentzündung mit Ausschwitzung. Das Leiden ist die Folge des Unfalls und nicht heilbar. D. kann mit Hilfe eines Stockes sich gut fortbewegen. Zum Tragen schwerer Lasten ist er völlig ungeeignet. Dagegen ist er aber zu jeder Arbeit im Sitzen fähig. Er kann auch leichtere Verrichtungen im Gehen und Stehen vornehmen. Die Erwerbsbeschränkung ist mit 50 Prozent genügend bewerthet. — Das Reichs-Versicherungsamt sprach jedoch dem Verletzten eine Rente von 75 Prozent zu und machte geltend: Mit dem Inhalt des Gutachtens von Professor Dr. R. ist nicht vereinbar, wenn Letzterer übereinstimmend mit Dr. K. den Kläger für halb erwerbsfähig erachtet, denn das Bestehen einer Gelenksentzündung mit Ausschwitzung im Knie beschränkt die Fähigkeit des Klägers zu selbst leichten Verrichtungen im Gehen und Stehen auf ein geringes Mass, während die Schmerzen und Beschwerden, die mit einer derartigen Beschaffenheit des Knies verbunden sind, auch das Arbeiten im Sitzen erschweren und zeitweise ausschliessen. Erscheint auch der Kläger nicht an jeder Arbeitsleistung gehindert, so reicht doch eine Rente von 50 Prozent nicht aus. Der Kläger hat vielmehr nach Massgabe des geringen, ihm verbliebenen Restes von Erwerbsfähigkeit Anspruch auf eine Rente von 75 Prozent derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit von dem Tage ab, mit welchem die Genossenschaft die Rente herabgesetzt hat, d. h. dem 1. Februar 1899. M.

Keine Nervenerschütterung.
Rek.-Entsch. vom 3. Nov. 1899.

Der 70 Jahre alte Droschkenkutscher C. K. zu Berlin, welcher am 20. Oktober 1898 durch Betriebsunfall Verletzungen an beiden Knien und an den rechten Knöcheln erlitten hat, ist mit seinem Antrage auf Entschädigung wegen dieses Unfalls mittelst Bescheides der Berufsgenossenschaft vom 24. Februar 1899 abgewiesen worden, weil derselbe nach dem Gutachten des Dr. L. vom 15. Februar 1899 erwerbsbeschränkende Folgen nicht hinterlassen habe. Die gegen diesen Bescheid eingelegte Berufung wurde vom Schiedsgericht unter dem Vorsitz des Regierungs-Assessors T. abgewiesen, indem u. A. ausgeführt wurde, auch nach dem im schiedsgerichtlichen Verfahren eingeholten Obergutachten des Dr. K. vom 8. April 1899 sind als direkte Rückstände des Unfalls bei dem Kläger nur zwei Hautnarben an beiden Kniegelenken vorhanden, die einer Erwerbsbeschränkung nicht bedingen. Ferner aber leidet der Kläger an Altersbeschwerden, von denen ein Lungenemphysem, gestörte Herzthätigkeit und Blut-

cirkulation zu benennen sind, in Verbindung hiermit besteht allgemeine Körperschwäche. Nach Dr. K. hat nur der Unfall — Kläger wurde von einem durchgehenden Pferde mitgeschleift — neben den äusseren Verletzungen eine Erschütterung des Nervensystems zur Folge gehabt. Diese und die bei einem solchen Unfalle unausbleibliche seelische Erregung sind, wie der Sachverständige ausführt, wohl geeignet eine bereits durch das Alter geschwächte Herzthätigkeit noch mehr herabzusetzen, so dass selbst nach Heilung der äusseren Verletzungen eine Energielosigkeit zurückbleibt, die bei einem 70jährigen Mann die Arbeitsfähigkeit fast völlig aufhebt. Auch der Kläger fühlt nach Dr. K.'s Ansicht die Altersbeschwerden jetzt in erhöhtem Masse wegen des Unfalls und die hierdurch bedingte Einbusse an Erwerbsfähigkeit ist auf $33^1/_3$ Prozent zu schätzen. Das Schiedsgericht hat sich diesem Gutachten aber nicht angeschlossen. Der Unfall war ein ziemlich unerheblicher, wie er Droschkenkutschern in Ausübung ihres Berufs häufig zustösst. Derselbe war deshalb auch nicht geeignet, eine grössere seelische Aufregung oder Erschütterung der Nerven hervorzurufen. Nach Ansicht des Schiedsgerichts ist durch den Unfall eine Erhöhung der Altersbeschwerden nicht eingetreten und der körperliche Zustand des Klägers gegenwärtig bei dem Fehlen äusserer Verletzungen genau in derselben Verfassung wie er auch ohne den Unfall gewesen wäre. Auch ohne den Unfall hätte der Kläger mit Rücksicht auf sein Alter sich von seinem Beruf zurückziehen müssen. Gegen diese Entscheidung hat der Kläger Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt eingelegt und zur Begründung desselben ein Gutachten des praktischen Arztes Dr. B. in Berlin vom 13. Juni 1899 überreicht, wonach er um $33^1/_3$ Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sei. Dr. B. machte geltend, K. sei bis zum Tage des Unfalls in seinem Berufe als Kutscher thätig gewesen, von da ab habe er diesen Dienst nicht mehr versehen können. Das sei erklärlich, denn ein durch Leiden bereits geschwächtes Individuum werde durch einen solchen Unfall wie der vorliegende, bei dem zweifellos eine Nervenerschütterung stattgefunden habe, einem viel schnelleren Kräfteverfall preisgegeben; ein junger, kräftiger Mensch würde durch einen solchen Unfall wenig oder gar nicht beeinträchtigt werden.

Geschäftsführer Z. beantragte die Zurückweisung des Rekurses aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung. Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Direktors Pf. wies aber den Rekurs des Klägers ab und führte u. A. aus: Mit dem Schiedsgericht nimmt auch das Rekursgericht an, dass diejenigen Leiden, welche sowohl Dr. K., wie auch Dr. B. in ihrem Gutachten als bei dem Kläger vorhanden festgestellt haben, ursächlich auf den von demselben erlittenen Unfall nicht zurückgeführt werden können, und schliessen sich in dieser Hinsicht den überzeugenden Ausführungen des angefochtenen Schiedsgerichtsurtheils durchweg an. Wie dieses nimmt es insbesondere auch an, dass der an und für sich recht geringfügige Unfall nicht geeignet war, eine Nervenerschütterung oder auch nur eine besondere seelische Erregung bei dem Kläger hervorzurufen, und hält dafür, dass lediglich das hohe Alter des Klägers dessen vorhandene Beschwerden und Leiden ganz unabhängig von dem Unfalle desselben hervorgerufen hat. Deshalb ist es auch als ausgeschlossen zu erachten, dass die durch diese Altersbeschwerden und Leiden hervorgerufene Beschränkung der Erwerbsfähigkeit durch den Unfall in irgend einer Weise gefördert oder verstärkt worden ist, und dass dieser Unfall auch nur eine wesentlich mitwirkende Ursache der jetzt bestehenden Erwerbsfähigkeitseinbusse bildet. Da aber die geringfügigen Verletzungen an den Knieen, welche nach den in dieser Hinsicht durchaus übereinstimmenden Gutachten der Aerzte die alleinigen direkten Unfallfolgen darstellen, den Kläger in seiner Erwerbsfähigkeit nicht oder doch nur in messbarem Grade beeinträchtigen, ist sein Anspruch auf Gewährung einer Unfallentschädigung unbegründet. Diese Auffassung aber rechtfertigt die Zurückweisung des vom Kläger eingelegten Rekurses. M.

Lungenschlag — kein Betriebsunfall!

Rekurs-Entscheidung vom 24. November 1899.

Der am 12. August 1898 verstorbene Arbeiter K. N., welcher im Betriebe des Fuhrherrn N. beschäftigt war, fuhr am 12. August 1898 gegen 8 Uhr Abends mit einem Sprengwagen die Quitzowstrasse entlang. Ein hinter ihm fahrender Kutscher bemerkte, dass N. mit dem Kopfe schwankte; er fuhr an N.'s Wagen heran, um zu sehen, was diesem fehle. Während dessen nahm das Pferd des N. ebenfalls eine schnelle Gangart an und N. fiel vom Sitz herunter auf das Trittbrett des Wagens. Von dort wurde er heruntergehoben und in einen Hausflur gebracht, woselbst er alsbald verstarb. N. konnte nicht mehr sprechen, sondern röchelte nur noch. Der hinzugerufene Arzt Dr. N. konstatirte den inzwischen eingetretenen Tod und nahm „Lungenschlag" als Todesursache an. Eine Sektion der Leiche fand nicht statt. Durch Bescheid des Vorstandes der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft vom 20. Februar 1899 ist nach einem vorher eingeholten Gutachten des Dr. N. vom 17. Januar 1899 die Gewährung der Hinterbliebenenrente gemäss § 6 des Reichsgesetzes vom 6. Juli 1884 abgelegt worden, weil der Tod des N. nicht durch Folgen eines Unfalls eingetreten sei. Das Schiedsgericht forderte noch ein Obergutachten des Sanitätsraths Dr. L. B. ein, in welchem u. A. Folgendes ausgeführt wurde: Der herbeigerufene Arzt Dr. N. fand N. bereits leblos vor, er konstatirte geschwollene bläuliche Lippen und vermuthete Tod durch Lungenschlag. Frau N. erklärte, dass ihr verstorbener Mann in den 25 Jahren, die sie mit ihm verheirathet gewesen, früher nie krank gewesen sei; erst im Oktober oder November 1897 sei er erkrankt, nachdem er sich angeblich in Moabit bei einem Fuhrherrn verhoben hatte; er erkrankte zu der Zeit mit Herzklopfen und wassersüchtiger Anschwellung des Gesichts, der Beine etc. Dr. med. P. sagte ihm, dass er einen und Herzfehler hätte, dass er die schwere Arbeit wie früher nicht mehr machen könnte. Trotzdem fing er seine frühere Arbeit mit Heben von schweren Säcken wieder an, erkrankte aber nach acht Tagen wieder mit Anschwellung der Beine und Herzklopfen. Nach einigen Monaten fing er eine Beschäftigung als Sprengwagen-Kutscher an, die er zur Noth verrichten konnte. Aus diesen Angaben der Frau geht hervor, dass N. in den letzten Jahren vor seinem Tode herzleidend und wahrscheinlich auch nierenkrank gewesen ist. Dieser Umstand spricht sehr dafür, dass der Tod des N. an Lungenschlag erfolgt ist, was Dr. N. bereits aus der Beobachtung der geschwollenen bläulichen Lippen des N. vermuthete. Diese Ansicht kann nur als zutreffend bezeichnet werden. In dem Vorgang, wie er gelegentlich des Todes des N. sich abspielte, können aber die Kriterien eines Unfalls nicht gefunden werden. Das Sitzen auf dem Bock des Wagens kann nicht die Veranlassung zum Eintritt des Todes gegeben haben; es ist eine Thätigkeit, die keinerlei ursächliches Moment für einen schädigenden Einfluss abgeben kann. Das Herabsinken vom Sitz auf das Trittbrett war bereits Folge der durch den Lungenschlag eingetretenen Bewusstlosigkeit. Vielmehr muss angenommen werden, dass ohne äussere Veranlassung zu dieser Zeit in natürlicher Weiterentwickelung seines Herzleidens Lungenschlag und Tod eingetreten ist. Der Tod des

N. ist nicht als Folge eines Unfalls eingetreten. Das Schiedsgericht unter dem Vorsitz des Regierungsassessors T. schloss sich der Auffassung des Obergutachtens in jeder Beziehung an und wies die Berufung als unbegründet ab. Diese Entscheidung fochten die Hinterbliebenen durch Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt an. Die Armendirektion der Stadt Berlin hat sich dem Rekurse angeschlossen und gleichfalls die Verurtheilung der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft beantragt. Letztere hingegen beantragte durch ihren Geschäftsführer Z., den Rekurs aus den Gründen des Schiedsgerichts zu verwerfen. Demgemäss erkannte auch das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Geheimen Regierungsrath J. und machte Folgendes geltend: In der Vorinstanz ist aus zutreffenden Gründen verneint, dass der Tod des N. in ursächlichem Zusammenhange mit einem zu entschädigenden Unfall steht. N., welcher in den letzten Jahren seines Lebens schon leidend gewesen ist, ist nach der übereinstimmenden Annahme des Dr. N. und des Bezirksphysikus Sanitätsrath Dr. B. einem Lungenschlage erlegen. Sein Tod ist zwar während der Verrichtung einer Berufsarbeit erfolgt, es fehlt aber jeder Anhalt dafür, dass ein bei der Ausübung der Berufsthätigkeit eingetretenes zeitlich bestimmbares Ereigniss — ein Unfall — den Tod herbeigeführt, oder dass ein solcher Unfall eine ins Gewicht fallende mitwirkende Ursache für den tödtlich verlaufenen Lungenschlag gewesen ist. Wenn der Beruf als Kutscher dem körperlichen Zustande des N. nicht zuträglich gewesen ist, so mag dadurch eine allmähliche Verschlimmerung seines Leidens eingetreten und sein Tod beschleunigt worden sein, als Unfall ist indess das Endergebniss einer längeren, der Gesundheit des Arbeiters nachtheiligen Betriebsarbeit nicht anzusehen. Die Sonnenhitze, welcher N. ausgesetzt sein soll, kann zwar unter Umständen einen Betriebsunfall herbeiführen, es muss aber auch dann eine plötzliche Einwirkung der schädigenden Temperaturverhältnisse nachgewiesen werden. Eine solche kann aber auch bei weitester Ausdehnung des Begriffs der zeitlichen Bestimmbarkeit des schädigenden Ereignisses nicht festgestellt werden, wenn der Tod eine Folge der zehn Tage hintereinander besonders stark aufgetretenen Hitze gewesen sein soll. Ueberdies schliesst Dr. N. Hitzschlag als Todesursache aus, und die Zeit, in der der Tod eingetreten ist, Abends zwischen 7 und 8 Uhr, spricht ebenfalls dagegen, dass Sonnenhitze das schädigende Ereigniss gewesen ist. Das Reichs-Versicherungsamt nimmt vielmehr mit dem Sanitätsrath Dr. B. an, dass der Lungenschlag ohne äussere Veranlassung in natürlicher Weiterentwickelung des Herzleidens des Klägers eingetreten ist.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Golebiewski, Dr. Ed., Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde sowie der Nachkrankheiten der Unfallverletzungen, mit 40 farbigen Tafeln nach Originalaquarellen des Malers Johann Fink und 141 schwarzen Abbildungen. Lehmanns Med. Handatlanten, Bd. XIX. München, 1900, J. F. Lehmann, 642 S., Pr. 15 M.

Mit ausserordentlichem Fleiss hat der Verf. die Fülle des Materials, welches er in seinem Institute seit 13 Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte, in diesem Werk zusammengestellt. Der Inhalt umfasst beinahe den ganzen Umfang der sog. Unfallheilkunde, nur einzelne Spezialgebiete, wie die Augen- und Ohrenheilkunde und die Verletzungen der weiblichen Sexualorgane sind fortgeblieben. Das ganze Werk zerfällt in zwei Theile, einen allgemeinen und einen speziellen. In der Einleitung und in dem allgemeinen Theil werden die gerichtlich-medizinischen Beziehungen sowie die Allgemein-Erkrankungen in etwas kursorischer Weise erörtert, aber es berührt ausserordentlich sympathisch die Bemerkung des Verf. bei Erwähnung der Simulation: „Auf ärztlicher Seite werden die meisten Simulanten immer von den jüngeren, noch unerfahrenen Medizinern gefunden. Je genauer man untersucht, desto mehr Berechtigung findet man an vielen Klagen des Verletzten". Seinen Hauptwerth bietet das Werk in dem speziellen Theile, in welchem die Eintheilung nach den Körperregionen getroffen werden. Da sind sehr hübsche Abbildungen von Wirbelverletzungen, Rippenbrüchen u. A. enthalten. Im Kapitel über die Unterleibsbrüche ist ein kleiner Irrthum unterlaufen; es heisst da (S. 243): Das Austreten eines alten Bruches wird demnach als Verschlimmerung des körperlichen Zustandes im Sinne des § 65 angesehen". Nun handelt aber der angezogene § 65 des U.-V.-G. nicht von Verschlimmerung von Leiden, welche vor dem Unfall bestanden, sondern von einer Veränderung der Verhältnisse der Unfallsfolgen; das ist etwas ganz Anderes! Die werthvollsten Gaben bietet dieser spezielle Theil durch seine Abbildungen von verletzten Extremitäten; das sind die Glanzpunkte des Buches. Das einzige Bedauern könnte man hier haben über die äussere Form des Buches, welche dazu zwingt, dass die Abbildungen auf den etwas kleinen Tafeln, wie sie die Lehmann'schen Atlanten vorschreiben, im eigentlichen Sinne des Wortes zu kurz kommen; es ist das wohl auch der Grund, weshalb auf die Wiedergabe der Röntgenbilder vom Becken, Hüftgelenk und Wirbelsäule verzichtet werden musste. Aber abgesehen von diesen kleinen Ausstellungen bietet das Buch im Ganzen eine solche Fülle von gut beobachteten Einzelheiten, dass es nur Jedem, der sich mit „Unfallheilkunde" beschäftigt, aufs Wärmste zum Studium empfohlen werden kann. B.

Körner, Dr. O., Prof. ord. hon. der Medizin und Direktor der Ohren- und Kehlkopfklinik der Universität Rostock, Die Hygiene der Stimme. Ein populär-medizinischer Vortrag. 31 Seiten. Wiesbaden, 1899. J. F. Bergmann. — Preis 0,60 M.

Seiner Hygiene des Ohres (1898) lässt Körner eine Hygiene unserer Stimmwerkzeuge folgen. Die Ausführungen hierüber aus so berufenem Munde verdienen um so mehr Beachtung, als in der That, wie K. hervorhebt, selbst der Gebildete auf die Pflege der Stimmwerkzeuge wenig Sorgfalt verwendet und durch falsche Anschauungen verleitet, seine Stimme sogar immer wieder in unnöthiger Weise schädigt. Und doch haben ganze Berufskreise, wie Prediger, Richter und Anwälte, Offiziere, Lehrer, Schauspieler und Sänger, ein intensives Interesse an der guten Instandhaltung ihrer Stimmmittel.

Das Thema lautet: „In welcher Weise kann jedermann der Schädigung seiner Stimme vorbeugen?" Zuerst wird die Bedeutung der Nasenathmung hervorgehoben. Die Athmungsluft darf nicht zu warm, auch nicht immer gleichmässig warm sein, sie darf nicht zu trocken und muss thunlichst frei von Staubbeimengungen sein. Die Einathmung von Staub, aus den verschiedensten Quellen, erfährt in ihrem Einfluss auf die Stimme eine eingehende Würdigung. Speisen und Getränke dürfen nicht zu heiss genossen werden; auch faulende Zahntrümmer gefährden die Stimme. Ebenso interessant wie lehrreich und beherzigenswerth sind dann die Ausführungen über die Schädlichkeit zu warmer Halstücher und zu enger Kragen, welch letztere zu Blutstauungen und damit nicht nur in Störungen der Stimme, sondern sogar in den Ohren und der Nase Veranlassung geben können. Aufrechte Kopfhaltung beim Singen und Vorlesen, Schonung der Stimme in der Zeit des Mutierens, desgleichen in rauchigen Räumen, ist anzu-

empfehlen, langes Sprechen bei Heiserkeit, vieles Räuspern und Husten zu widerrathen.

Massvolle Leibesübungen in guter Luft nutzen dem Gesammtorganismus nicht nur, sondern auch der Stimme. Rudern wird besonders empfohlen, vor dem Radfahren dagegen — vom Standpunkt der Stimmhygiene — gewarnt. Singen ist eine ausgezeichnete Lungengymnastik und damit auch der Stimme hygienisch günstig; doch warnt Verf. vor der falschen Meinung, dass ein ungenügendes Stimmorgan durch fleissige Uebung leistungsfähig gemacht werden könnte. Wer daher den Gesang zum Lebensberuf wählen will, thut gut, vorher den Arzt zu befragen, ob seine Konstitution und seine Stimmwerkzeuge dieser Aufgabe gewachsen sind. Richard Müller.

Hennig, Prof. C. R., Kgl. Musikdirektor, Lehrer der Stimmbildung für Sprache und Gesang, Posen, Lerne gesundheitsgemäss sprechen. Uebungen zur Pflege der Sprachorgane nebst kurzer Einführung in das Wesen der Sprechkunst. Gemeinfasslich dargestellt für Berufsredner und Sänger. — 69 Seiten. Wiesbaden. 1899. J. F. Bergmann. Preis 1,00 M.

„Lerne kunstmässig sprechen" oder auch „lerne ästhetisch schön sprechen" wäre vielleicht ein richtigerer Titel für die vorliegende Arbeit gewesen. Der Verf. behandelt das Sprechen als eine Kunst und hat dabei in der Hauptsache die Aussprache des Deutschen im Auge. Er spricht von dem „Voll- und Wohlklang" unserer Muttersprache und von der Erkenntniss des „schönen" Sprechens, dem er das „hässliche" Sprechen gegenüberstellt. Die gesundheitliche Seite wird zwar auch berührt, wobei Verf. von der nicht näher bewiesenen Ansicht ausgeht, dass das „schöne" Sprechen gleichzeitig das gesundheitlich zuträglichste sei; in der Hauptsache aber ist die Arbeit vom ästhetischen Standpunkte aus geschrieben: „Soll im Volke das Verständniss für den Werth der Muttersprache gesteigert werden (also nicht für die gesundheitliche Seite des Sprechens, Ref.), so kann dies nur von der Seite der ästhetischen Phonetik her geschehen." — Nach einer Einleitung zur Einführung in das Wesen der Sprechkunst giebt Verf. eine gemeinfassliche, von wissenschaftlicher Begründung ausdrücklich absehende Darstellung von Uebungen zur Pflege der Sprechorgane. Die Ausführungen sind für die Kreise, an welche sich der Verf. im Speziellen wendet, für Redner und Sänger, in hohem Grade interessant, werthvoll und beherzigenswerth; vom ärztlichen Standpunkte gewinnt man den Eindruck, dass der Verf. den gesundheitlichen Werth des von ihm dargestellten Gebietes doch wohl etwas überschätzt. Richard Müller.

Liebmann, Dr. A., Arzt für Sprachstörungen in Berlin. Vorlesungen über Sprachstörungen. 4. Heft: Poltern (Paraphrasia praeceps). 57 Seiten. Berlin. Oscar Coblenz. 1900. — Preis 1,20 M.

Unter „Poltern" versteht Verf. die Sprachstörung, die sich in zu hastigem Sprechen äussert. Er giebt eine eingehende Schilderung der einzelnen Symptome dieser krankhaften Erscheinung, die nicht selten auch psychische Störungen, wie allgemeine Verstimmung, Schüchternheit und Menschenscheu zur Folge hat. Oft sind mit dem Poltern andere Sprachfehler komplizirt, in erster Linie Stottern, dann aber auch die fehlerhafte Aussprache einzelner Buchstaben, so des s (Lispeln), des r und des g bezw. k. Zur Illustration lässt Verf. 7 (nicht 6, wie irrthümlich nummerirt ist,) Krankengeschichten folgen, um dann noch einige Bemerkungen über die Aetiologie des Leidens und nach einer eingehenderen Darstellung der Untersuchung solcher Kranken die Diagnose, die Prognose und die Verhütung dieses Sprachfehlers zu besprechen. Den Schluss bildet die Behandlung des Leidens, wobei Verf. neben Artikulations- und Lese-Uebungen auch grossen Werth auf die freie Rede legt. R. M.

Danziger, Dr. Fritz, Ohrenarzt in Beuthen, Die Missbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr. Mit 13 Abbildungen im Text und 20 Figuren auf Lichtdrucktafeln. 54 Seiten. Wiesbaden. 1900. J. F. Bergmann. — Preis 3,20 M.

In der Einleitung weist der Verf. auf die Nothwendigkeit hin, beim Studium der Missbildungen des Gaumens auch die Nachbarorgane, speziell den Unterkiefer, das Septum narium, die Zähne und die Augen, mit in Betracht zu ziehen, und giebt dann eine Zusammenstellung einer Anzahl von einschlägigen Fällen, bei denen er die genannten Nachbarorgane mit in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen hat. Sämmtliche Fälle zeigten nicht nur Gaumenmissbildungen, sondern auch Deformitäten des Unterkiefers, des Septum, der Zähne und der Augen; an den letzteren war stets Astigmatismus vorhanden, den Verf. auf eine Vorbildung des Bulbus und der Orbite zurückführt. Die Ursache der Missbildungen erblickt D. in einer allgemeinen Schädelverbildung in Folge frühzeitiger Synostosen einzelner Schädelnähte und besonders der Kranznaht, sowie in basalen Wachsthumsstörungen des Schädels. Einen längeren Abschnitt seiner Arbeit widmet Verf. alsdann der Darstellung von Anomalien an den Augen, die er gleichzeitig mit Schädel- bezw. Gaumenmissbildung und gepaart mit Taubstummheit gefunden hat; er bespricht den Astigmatismus, das Schielen, Leukome, Mikrophthalmus, Hyperopie und Retinitis pigmentosa, Augenfehler, die er alle auf Schädelbau-Anomalien zurückführt. Den Schluss bildet der Hinweis, dass auch die Taubstummheit auf Verbildungen der Schädelbasis in Folge von Wachsthumsstörungen zurückzuführen sei; schräge bezw. fast horizontale Stellung des Trommelfells bei Taubstummen sei häufig der Ausdruck dieser Schädelmissbildung.

Durch die eingehende Besprechung der genannten Komplikationen tritt die Behandlung des eigentlichen Themas, der Gaumenmissbildungen, etwas sehr in den Hintergrund; doch ist der Hinweis auf den Zusammenhang jener Abnormitäten mit den Missbildungen des Gaumens, sowie die Zurückführung aller dieser Erscheinungen auf eine gemeinsame Ursache, nämlich auf Hemmungsbildungen des Schädels, zweifellos nicht ohne Interesse. R. M.

Tagesgeschichte.

Zum neuen Invalidenversicherungsgesetz.

Der Preuss. Minister für Handel und Gewerbe hat unter dem 6. Dezember 1899 eine Anweisung, betreffend das Verfahren der unteren Verwaltungsbehörden in Bezug auf die §§ 57—64 des neuen Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899, erlassen, welche auch die ärztlichen Kreise berührt.

1. Nach § 57 I.-V.-G. liegt den unteren Verwaltungsbehörden insbesondere ob:

a) die Entgegennahme und Vorbereitung von Anträgen auf Bewilligung von Invaliden- und Altersrenten (§ 112) oder auf Beitragserstattungen (§ 128) sowie die Begutachtung der Anträge der Rentenbewilligungen;

b) die Begutachtung der Entziehung von Invalidenrenten (§§ 47, 121);

c) die Begutachtung der Einstellung von Rentenzahlungen (§§ 48, 121);

d) die Benachrichtigung des Vorstandes der Versicherungsanstalt über die zur Kenntniss der Verwaltungsbehörde kommenden Fälle, in welchen Grund zu der Annahme vorliegt, dass Versicherte durch ein Heilverfahren vor baldigem Eintritte der Erwerbsunfähigkeit werden bewahrt werden, dass Empfänger von Invalidenrenten bei Durchführung eines Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werden (§ 47 Abs. 2), dass die Invalidenrente zu entziehen ist (§ 47 Abs. 1) oder Rentenzahlungen einzustellen sind (§ 48);

e) die Auskunftsertheilung über alle die Invalidenversicherung betreffenden Angelegenheiten.

In der Anweisung heisst es nun in Bezug auf die ärztlichen Gutachten für die Rentenbewerber: „Sofern es sich um die Bewilligung einer Invalidenrente handelt, ist der Versicherte befugt, ein ärztliches Zeugniss über seine Erwerbsunfähigkeit vorzulegen.“ Sofern aber ein ausreichendes ärztliches Zeugniss nicht vorgelegt wird, hat die untere Verwaltungsbehörde eine Untersuchung des Gesundheitszustandes und die Abgabe eines Gutachtens über die Erwerbsfähigkeit des Antragstellers durch einen Arzt und zwar durch den Vertrauensarzt der Versicherungsanstalt, falls ein solcher bestellt ist, herbeizuführen. Nach einer weiteren Bestimmung der Anweisung sind diese Sachverständigengebühren von der Versicherungsanstalt zu zahlen, und zwar sollen für die Zahlung dieser Gebühren, soweit nicht die Anstalt mit den Aerzten ihres Bezirks besondere Gebührensätze vereinbart hat, die Bestimmungen der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständigen massgebend sein.

Mit diesen Bestimmungen der ministeriellen Anweisung sind endlich diejenigen Missstände beseitigt, welche früher bestanden und verursacht wurden durch den Umstand, dass die Versicherungsanstalten den Versicherten, welche arbeitsunfähig und, in den ärmlichsten Verhältnissen lebend, völlig ausser Stande waren, ärztliche Untersuchung und Begutachtung zu bezahlen, es auferlegten, solche Gutachten zu beschaffen. Es bleibt nur zu wünschen, dass die „unteren Verwaltungsbehörden“ nunmehr ihrer Aufgabe in humaner und sachgemässer Weise nachkommen. B

Hygienische Vorschriften für den Betrieb der Zinkhütten.

Ueber den Betrieb der Zinkhütten hat der Bundesrath auf Grund der §§ 120e und 139a der Gewerbeordnung Vorschriften erlassen, welche der „Reichs-Anzeiger“ am Dienstag, 13. Februar veröffentlichte. Die Räume, in denen Zink, Erz oder Rothzink bearbeitet wird, müssen geräumig, hoch und ausreichendem, beständigem Luftwechsel zugängig sein. Die Wände müssen mindestens einmal jährlich mit Kalk frisch angestrichen werden. Das Dach ist mindestens einmal jährlich von Staub zu reinigen, In der Nähe der Arbeitsstellen muss gutes, gegen Eindringen von Staub geschütztes Trinkwasser reichlich vorhanden sein, so dass die Arbeiter es jederzeit bequem erreichen können, ohne ins Freie zu treten. In der Nähe der Oefen sind Einrichtungen zum Besprengen des Fussbodens anzubringen, der mindestens einmal täglich feucht zu reinigen ist. Weitere Vorschriften beziehen sich auf die Anlage der Destillationsöfen, das Sieben und Verpacken der Nebenprodukte. Vom 1. Januar 1902 ab dürfen Arbeiterinnen an den Destillationsöfen, sowie bei der Entfernung der Räumeasche nicht mehr beschäftigt werden. Neue Arbeiterinnen dürfen hierzu vom 1. Juli ab nicht mehr herangezogen werden, ebenso wenig Arbeiter zwischen 16 und 18 Jahren. Neben den Arbeitsräumen muss ein Wasch- und Ankleideraum mit ausreichend Wasser, Seife und Handtüchern, und getrennt davon ein Speiseraum vorhanden sein. Beide Räume müssen sauber, staubfrei und während der kalten Jahreszeit geheizt sein. Zur Kontrole über den Gesundheitszustand der Arbeiter muss der Arbeitgeber ein Buch führen. Die Ueberwachung des Gesundheitszustandes ist einem dem Gewerbe-Aufsichtsbeamten namhaft zu machenden Arzt zu übertragen, der die Arbeiter mindestens einmal monatlich im Betriebe aufzusuchen und insbesondere auf die Anzeichen von Bleierkrankungen zu achten hat. — Die Arbeiter dürfen den Speiseraum erst betreten oder die Anlage verlassen, wenn sie zuvor Gesicht und Hände sorgfältig gewaschen haben. Diese Bestimmungen treten mit dem 1. Juli in Kraft.

(D. Arb.-Ztg.)

Sammelforschung über den Krebs.

Am 18. Februar traten auf Anregung der Herren von Leyden und George Meyer im Sitzungssaale der Medizinalabtheilung des Kultusministeriums Aerzte und Medizinalbeamte zu einem Comité zur Sammelforschung über die Verbreitung des Krebses und ähnlicher Geschwülste zusammen.

Der neunundzwanzigste Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

findet vom 18. bis 21. April in Berlin statt. Die Eröffnung des Kongresses findet Mittwoch, den 18. April, Vormittags 10 Uhr, im Langenbeckhause statt. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 10—1 und Nachmittagssitzungen von 2—4 gehalten.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 18. April und die Nachmittagssitzung am Freitag, den 20. April sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung.

Am ersten Sitzungstage (Mittwoch, den 18. April) findet um 10 Uhr Abends eine einstündige Demonstration von Projektionsbildern aus Diapositiven statt. Meldungen dazu sind an Herrn Joachimsthal, Berlin W., Markgrafenstr. 81, und Immelmann, Berlin W., Lützowstr. 72, zu richten.

Eine Ausstellung von Röntgen-Photographien findet nicht statt.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich zeitig und wenn irgend möglich spätestens bis zum 17. März an meine Adresse (v. Bergmann, Berlin NW., Alexanderufer 1) gelangen zu lassen.

Eine Ausstellung von chirurgischen Instrumenten und Apparaten, sowie Gegenständen der Krankenpflege ist in Aussicht genommen.

Die Sitzungen werden mit nachstehenden Vorträgen eröffnet werden:

Mittwoch, den 18. April.

Herr Czerny (Heidelberg): Die Behandlung inoperabler Krebse.
Herr Krönlein (Zürich): Darm- und Mastdarmcarcinom und die Resultate ihrer operativen Behandlung.
Herr Rehn (Frankfurt a. M.): Die Verbesserungen in der Technik der Mastdarm-Amputation und -Resection.

Donnerstag, den 19. April.

Herr Israel (Berlin): Ueber Operationen bei Nieren- und Uretersteinen.

Freitag, den 20. April.

Herr von Angerer (München): Ueber Operationen wegen Unterleibs-Kontusionen.
Herr von Bergmann (Riga): Ueber Darm-Ausschaltungen beim Volvulus und dessen Diagnose.
Herr Credé (Dresden): Die Vereinfachung der Gastro- und Enterostomie.

Sonnabend, den 21. April.

Herr Lexer (Berlin): Ueber teratoide Geschwülste in der Bauchhöhle und deren Operationen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5 — pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. **№ 6.** **Ausgegeben am 15. März.**

Inhalt:

Ueberblick über die wichtigsten Punkte, welche zur Beurtheilung des Krebses bezüglich seiner Aetiologie und seines Vorkommens zu beachten sind.

Von

Dr. Josef Schütz,
Spezialarzt für Hautkrankheiten zu Frankfurt a. Main.

Die in manchen Gegenden behauptete Zunahme der Häufigkeit des Krebses, das erwiesene Vorkommen des Krebses in gewissen Berufskreisen, sowie besonderer Formen desselben bei Individuen von gleichen Lebensbedingungen, das vorläufig nur selten nachgewiesene Erscheinen eines Krebses im Anschluss an ein einmaliges Trauma, endlich die immer wieder betonte Möglichkeit einer Infektion oder einer parasitären Krankheit bei dem Carcinom, rechtfertigen es, an dieser Stelle eine kurze Uebersicht zu geben über Aetiologie und Vorkommen der Krebskrankheit.

Theorien über die Wesenheit des carcinomatösen Prozesses, lückenlose Erwähnung von Einzelheiten, können hier nicht Platz finden. Dafür fehlt der Raum und auch der greifbare Werth für den Praktiker. Nur das, was thatsächlich brauchbar war und ist, sei kurz angeführt.

Unter Hannover und Lebert in den vierziger Jahren glaubte man an eine Spezifität der Krebszelle. Diese Anschauung aus der Zeit des Beginns mikroskopischer Forschung war praktisch recht brauchbar, namentlich für eine Zeit, in der man Carcinom und Sarkom noch nicht sonderte.

Erschüttert wurde dieselbe durch die Remak'sche Keimblättertheorie. Neue Untersuchungen wurden nöthig am Epithelialkrebs der Haut. An diesem zeigte 1865 Thiersch durch klassische Untersuchungen, die bis heute noch gelten,

1. die homologe Entstehung der Carcinomzellen aus präexistirenden gewöhnlichen Epithelien,
2. den kontinuirlichen Zusammenhang von Krebs- und Epithelzellen und
3. das Wachsthum der Krebszellen aus sich selbst heraus ohne Zuthun des Bindegewebes, *)

Fundamentalsätze, die Jeder scharf im Auge haben muss, der irgend einer Frage bezügl. des Krebses näher treten will.

Waldeyer und Friedländer (1872, 77) verallgemeinerten dann diese Wahrheiten für den Krebs überhaupt. Mutatis mutandis stehen Thiersch's Sätze für Drüsenepithel-, Cylinderepithel- überhaupt für jeden Krebs fest.

Abweichungen von diesen in der Mehrzahl der Fälle direkt sinnfälligen Wahrheiten erfordern vorsichtige Erklärung oder

*) Um flüchtige Einwürfe gegen den letzten Satz des verdienstreichen Thiersch von vorn herein abzuweisen, sei ausdrücklich daran erinnert, dass Thiersch diesen Satz nicht mit Bezug auf die statischen Verhältnisse der Gewebe sondern nur für die Bildung und das Wachsen der Carcinomzellen aufgestellt hat.

gehören in den Bereich des noch Unerwiesenen, das zur Stütze einer passenden Theorie oder eines in puncto Krebs nicht ausreichenden Systems herangezogen wird.

Ausser dem pathologisch-anatomischen Substrat ist sodann allgemein für jeden regelrechten Krebs zugestanden die klinische Bösartigkeit. Sie unterliegt grossen Schwankungen. Im Verein mit der relativen Häufigkeit des Krebses ist sie die Haupttriebfeder für das Interesse, das zu allen Zeiten dem Carcinom entgegengebracht wird. Verzeihlicherweise hat die Krebskrankheit, die Palast und Hütte heimsucht, ein Vorurtheil in ihrer Beurtheilung oft erfahren.

Da ausser dem Sarkom und Carcinom nur noch gewissen chronischen Infektionskrankheiten eine annähernde Bösartigkeit mit einzelnen ähnlichen klinischen Symptomen zukommt, so lag es in unserem Zeitalter der ätiologischen Forschung nach Mikroorganismen nahe, auch dem Krebs eine derartige Aetiologie zuzuschieben.

Hierbei muss man aber stets eingedenk bleiben, dass Infektionscharakter und klinische Bösartigkeit — und wenn noch so viele Analoga sie miteinander verketten — vom rein logischen Standpunkt keine identische Begriffe sind.

Bösartigkeit und Infizirung sind also streng auseinander zu halten für den vorurtheilsfreien Beurtheiler!

Für den Charakter der Krebskrankheit als eine Infektion spricht scheinbar die Ausbreitung und zwar

1. in loco: Der Krebs dringt unter Umständen durch jedes Gewebe, sogar den Knochen;
2. auf gegenüberliegende Theile (sog. Kontaktkrebse);
3. auf fernliegende Organe und Drüsen durch Metastesirung.
4. Durch künstliche Ueberimpfung von Thier auf Thier derselben Spezies, wie es zuerst Hanau 1889 unwiderleglich bewiesen,
5. auch am Menschen, am Carcinomkranken, durch Ueberimpfungen auf gesundes Gewebe von Bergmann und Hahn (unter grosser Entrüstung falschunterrichteter Zeitungen) bewirkten und
6. auch bei Ehegatten als „Spontanifizirung" gar nicht so selten von Praktikern erzählt wird.

Das alles sind Punkte, die unwillkürlich an Infizirung erinnern, aber darum erst recht mit der gleichgiltigsten Logik betrachtet werden sollten.

Ende der 80ger Jahre und Anfangs der 90ger Jahre sollte dieses Contagium entweder Bazillen oder Coccen sein, an ein anderes Analogon dachte man damals nicht; so wurde das Carcinom auf Grund einer erschreckenden Anzahl von mikroskopischen Pilzbefunden, deren Verschiedenheit schon die Signatur des Unwahren an sich trug, als bazilläre oder coccogene Infektion hingestellt.

Wie, unter den Ersten einer, Senger deduzirte, kann aber Krebs durch ein derartiges Mikrobium absolut nicht erzeugt sein; denn:

1. erzeugen die gewöhnlichen Infektionserreger immer nur ein und dieselbe Gewebsveränderung: Rundzelleninfiltrate mit regressiver Metamorphose, Riesenzellenbildung etc. Allerdings begleiten auch das Krebsstroma Rundzellenansammlungen; es sind aber nach dem einstimmigen Urtheil aller Beobachter nur Reaktionserscheinungen, die noch dazu im umgekehrten proportionalen Verhältniss zur klinischen Bösartigkeit im gegebenen Falle auftreten.

2. Die infizirten Zellen gehen stets unter dem Einfluss der Mikroorganismen zu Grunde. Die Krebszellen dagegen befinden sich protoplasmatisch äusserst wohl, zerfallen nicht, sondern vermehren sich rasch durch Theilung. Eine Degeneration der Krebszellen (hyalin, gallertig etc.) kommt nur unter bestimmten Bedingungen vor und steht ebenfalls im umgekehrten proportionalen Verhältniss zur Malignität.

3. Es existiren histologisch keine Anhaltspunkte dafür, dass die vordringenden Krebszellen, die Zellen, auf welche sie stossen, infiziren, d. h. ebenfalls zu Krebszellen machen, sondern sie verdrängen ihr Opfer, bringen es um durch Druckatrophie und setzen sich dann rücksichtslos an seine Stelle.

4. Das Carcinom gerirt sich also total anders wie die Granulationsgeschwülste von Tuberkulose, Syphilis, Lepra, sondern ähnelt in seinem Verhalten vielmehr den gutartigen Tumoren. Bei letzteren aber hält es merkwürdiger Weise jeder für absurd, einen infizirenden Mikroorganismus aufzusuchen und noch merkwürdiger: auch bei dem schlimmsten aller Tumoren, dem Sarkom, ist ein Bedürfniss nach einer derartigen ätiologischen Forschung nie recht rege geworden. Dies zeigt so recht, dass die ätiologische Forschung beim Krebs nicht methodisch und objektiv, sondern mit vorgefasstem Ingrimm ausgeführt ist, soweit sie Bazillen betrifft.

In der That glaubt denn heute fast niemand mehr, dass Basillenbefunde bei Carcinom ätiologischen Werth haben. Eine Reihe von Untersuchern, voran A. Pfeiffer, haben erklärt, dass diese Bakterien nur zufällige Befunde von harmlosen Saprophyten darstellen.

Viel ansprechender ist der neuste Versuch, das Carcinom, als eine durch Coccidien geschaffene parasitäre Krankheit hinzustellen. Auch dieser Versuch ist ein Kind des Zeitgeistes, welcher unter dem Eindruck des Malariaparasiten steht.

Wie wir 1870 von Eimer, dann von Leuckart wissen, kommen parasitäre Infektionen von Epithelzellen bei Kaninchen und Mäusen im Darm und der Leber vor. Die Wirthszelle wächst, wird protoplasmareich, die Nachbarzellen zeigen Mitosen, proliferiren, es entstehen kleine Tumoren mit der Wirthszelle in der Mitte. Die Wirthszelle geht zu Grunde, die gebildeten Coccidienkeime treten aus, infiziren von neuem. So vergrössert sich der Tumor.

Jedoch auch gegen die vielen auf Protozoen und Coccidien gerichteten Befunde der neueren und neuesten Zeit sind berechtigte Zweifel erhoben worden (so von Klebs), und lassen sich sogar generelle Unwahrscheinlichkeiten vorbringen.

1. Auch bei den Coccidien (im Kaninchendarm) geht die Wirthszelle unter; sie theilt sich nicht weiter und weiter wie die Krebszelle, sondern sie veranlasst dazu das umgebende physiologische Epithel, das allerdings grössere Zellen wie normal hier und da aufweist.

2. Kennt man Coccidienerkrankung der Darmschleimhaut und Leber auch beim Menschen nebst Sektionsbefund, und doch hat in der betr. früheren Zeit Niemand sie für krebsähnlich gefunden, sondern Jeder als Analogon jener beim Thier bekannten Coccidienerscheinungen gedeutet.

3. Hat man meines Wissens bei Coccidien nirgends etwas von Metastasen und namentlich von einer Homologie der Metastasen gehört. Ein Cylinderepithelkrebs erzeugt regelrecht, wo immer er metastasirt, und sei es im heterogensten Gewebe, Cylinderepithel. Dies ist der bedeutsamste Grund gegen jede infektiöse Theorie. Freilich hat die Homologie der Metastasen beim Carcinom auch ihre Ausnahmen, aber nur scheinbar und oft sorgfältig versteckt, wenn nämlich z. B. das Epithel des Mutterbodens Metaplasirung erfahren hatte, z. B. aus Cylinderepithel ein (pathologisches) Plattenepithel sich herausbildete u. s. f.

4. Ist es vollständig werthlos, an todtem, gefärbtem, fixirtem, geschrumpftem, chemisch alterirtem Material aus einer Reihe gewonnener histologischer Bilder eine lebendige Naturgeschichte eines noch unbekannten Parasiten zu konstruiren. Soll so etwas Beweiskraft haben, dann muss es am lebenden

Material geschehen und durch Züchtung und Impfung bestätigt sein. Die meisten derartigen Befunde haben sich denn auch als Zell- oder Kerndegenerationen, eingedrungene weisse und rothe Blutkörperchen und deren Ueberbleibsel entpuppt. (Schütz, Münch. med. Woch. 1890, 35.)

5. An der lebenden Krebszelle aber hätte der Fleiss eines Arnold eine Protozoenansiedelung gewiss entdeckt.

Somit kommen wir zu dem Schluss, dass das Carcinom ohne weitere Beweise nicht als infektiöse oder parasitäre Krankheit beurtheilt werden kann, dass vielmehr zur Zeit dies direkt unwahrscheinlich ist. Alle die Formen seiner Eingangs erwähnten Bösartigkeit und seiner eigenartigen Ausbreitung erscheinen einfach als Transplantationen spontaner oder künstlicher Art, nicht aber als Infektionen, wie sie bisher in der Pathologie bekannt sind. Die carcinomatöse Zelle oder Theile derselben sind das schädliche Agens, und Verschleppungen solcher auf irgend eine Art Grund der sogenannten Infektion, Grund der Homologie der Metastasen.

Bereits im Jahre 1890 habe ich diesen Standpunkt in einer Monographie (Mikroskopische Carcinombefunde etc. mit sechs Mikrophotographien, Frankfurt a. M. 1890) vertreten und gezeigt, wie hierfür histologische Unterlagen vorliegen.

Diese sind unschwer zu finden in den Proliferationserscheinungen der Carcinomzellen und zwar in der enormen Zahl, der relativen erheblichen Grösse und der augenfälligen Verschiedenheit der Grösse der Mitosen im Krebsgewebe. Hansemann hat sodann mit Recht noch die Asymmetrie der Carcinommitosen betont. Der öfters gemachte Einwand, dass auch andere Gewebe (nach abrasio uteri sich regenerirendes Endometrium u. dergl.) reichliche Mitosen aufweisen, kann ich dahin entkräften, dass es sich entweder dann um künstlich angeregte Regenerationen handelt, und dass sonst die vermeintliche ausnahmsweise eintretende Vermehrung der Mitosen (in Papillomen, Kondylomen etc.) längst nicht an das heranreicht, was bei einem primären Krebs ständige Regel ist, dass ferner die (eine allmähliche Umbildung zur Malignität verrathende) Grössenschwankung der Mitosen nicht dabei vorkommt, endlich dass die charakteristische Lagerung der Mitosen, wie ich beschrieben, nicht wie beim Carcinom in der untersten Zellenlage nächst den Blutgefässen innegehalten wird. Als charakteristisch hatte ich sodann noch für den primären Krebs hervorgehoben: das im Verhältniss zu anderen Epithelwucherungen geradezu massenhafte Einwandern von Leukozyten mit fraktionirten Kernen ins Krebsepithel sowie auch das Eindringen von rothen Blutkörperchen und kleiner vielgestaltigen Fragmente derselben zwischen und in die Epithelzellen, sogar in die Kerne der Epithelien, so dass man in relativ jungen Hautcarcinomen förmliche lakunäre Ansammlungen davon vorfindet. Das Stroma zeigte häufig sklerotische Veränderungen der Gefässe, worauf übrigens auch Paul Raymond, Menetrier u. A. hinweisen, ein Punkt, der viel mehr Beachtung verdiente, als ihm bisher gezollt wurde.

Die geschilderten Befunde sind der greifbare Ausdruck einer Ueberernährung des Epithels im Carcinom, wie sie gewiss durch irgendwelche chronische Reizzustände, in seltenen Fällen auch einmal durch eine an ein einmaliges Trauma sich anschliessende Gewebsveränderung eintreten kann, namentlich wenn es sich um drüsige, sich involvirende oder rudimentäre Organe handelt.

Wie ich an anderen Stellen zeigte (Schütz, über den Nachweis eines Zusammenhanges der Epithelien mit dem darunterliegenden Bindegewebe in der Haut des Menschen; Arch. für Derm. u. S. XXXVI, 1896; ferner: Beiträge zur Pathologie der Psoriasis; Arch. für Derm. u. S. XXIV, 1892), besteht im Zellenstaat eine Verbindung aller Zellen untereinander durch feinste Fasern, wie ich sie zwischen Epithel und Bindegewebe an einem besonders deutlichen Fall von Psoriasis darstellen konnte, wie sie zwischen Epithel und Bindegewebszellen am niederen Thier 1858 schon von Billroth, dann von Leydig, Sarasin, Schuberg beschrieben ist. Die Kleinheit der Zellen bei den höheren Thieren und dem Menschen, das menschliche Distinktionsminimum und die festen Grenzen des optischen Leistungsvermögens lassen nur unter besonders günstigen Bedingungen derartige Beobachtungen zu. Das Eindringen von Leukozyten ins Epithel überhaupt ist seit den 60er Jahren schon bekannt (Pagenstecher), aber nur da, wo die Schleimschicht an Mächtigkeit zunimmt. Folglich habe ich ein Recht zu glauben, dass sie der Ernährung dieser Schicht in irgend einer Weise förderlich sind. Ueberschreitet diese Ernährung das physiologische Mass, so wird das Wachsthum der Epithelien eine solche mechanische oder chemische Wirkung ausüben, dass die betr Zellen ihren fädigen Zusammenhang mit den Nachbarzellen oder dem bindegewebigen Stroma lösen, die wechselseitigen Beziehungen aufheben, und die Oberherrschaft von Zellen einer stärkeren Valenz, Waldeyer's Atypie, das Carcinom beginnt, wenn nicht eine genügende entzündliche Reaktion die fremd gewordenen Elemente auflöst und einschmilzt. Die mangelnde Fähigkeit einer solchen Reaktion finden wir aber z. B. im Alter, bei Kachexien, Arteriosklerose, lokal ungünstigen Cirkulationsstellen, alten Narben, rudimentären Organen, den seltenen versprengten Keimen im Sinne Cohnheims u. a. m. gegeben.

Man sieht, dass sich unsere schlichte Auffassung mit der 1898 in No. 19 u. 20 von Ribbert niedergelegten in der Hauptsache deckt, nur sehe ich im Uebernährungsstadium des Epithels die treibende Kraft, die bei nicht eintretender Gegenreaktion, unheilvoll wird, gleichzeitig aber auch das bzl. die Momente, die wir nun einmal im Thierexperiment nicht nachmachen können.

Die Richtigkeit dieser Anschauung findet sodann histologisch eine weitere Stütze darin, dass beim Hautkrebs, je maligner die Epithelien werden, sie umsomehr ihre Ranvierschen Epithelfaser verlieren, ein Punkt, der die kritischsten Fragen für die ganze genetische und histologische Anschauung von Krebs und seiner Zellenart gerade jetzt aufrührt, denen wir indess hier zu folgen kaum ein Recht haben. Für uns ist es vorläufig absolut unbewiesen, dass nach einmal stattgefundener Differenzierung eine Zelle wieder indifferent embryonal werden kann, noch dass Epithel in Bindegewebe oder umgekehrt metaplasire. Wir sehen auch kein Heil darin, durch solche kühne Thesen Seltenheiten beim Carcinom eine Stütze zu geben und dafür dem gewöhnlichen Carcinomtypus eine neue Erklärung aufzunöthigen.

Die normale fädige Verbindung zwischen Epithel und Bindegewebe besteht aus elastischen Fasern. Elastische Fasern sind aber längst bekannt als die Gewebstheile, welche von allen am längsten dem Carcinom Widerstand leisten. Man trifft bei entsprechender Färbung stets mitten im Krebsgewebe Stümpfe elastischer Fasern. Das Fehlen oder Zurücktreten der elastischen Fasern in Schleimhäuten, an den Umschlagsfalten, in Narben, Fibromen, in Nävis ist sicherlich dort ein Erleichterungsmoment für Carcinomentwicklung.

Nach den vorher entwickelten Anschauungen gliedert sich von selbst die Beurtheilung des Vorkommens des Krebses nach den Bedingungen, welche eine Verringerung I. des physiologischen Widerstandes und II. der physiologischen Reaktionsfähigkeit annehmen lassen.

Wenn auch beides nicht scharf sich trennen lässt, so werden wir unter I mit Recht die vielen örtlichen Reizzustände zusammenfassen, die man für Carcinom verantwort-

lich machte, unter II aber Heredität, Konstitution, Alter und Geschlecht, Lebensbedingungen, Stoffwechselanomalien und alles sonstige einbegreifen, was anerkanntermassen der allgemeinen Ausbreitung, seiner Häufigkeit förderlich gewesen ist.

Dass dies hier nur in Umrissen geschehen kann, ist selbstverständlich. So unfassbar das vorliegende Material hierüber für den Einzelnen ist, so traurig erscheint es, dass es nur beschränkten Werth hat; denn beim Krebs müssten alle Momente des Gesundheitszustandes in Erwägung gezogen werden. Eine derartige Statistik würde aber voraussetzen gesundheitliche Personalakten; und das sind einstweilen Unmöglichkeiten.

Der Kürze halber nennen wir I Irritationen und II Dispositionen.

I. Zu den Irritationen gehören:

1. Chemische Einwirkungen: namentlich der sogenannten Brenzprodukte im Tabak (Lippen-, Zungen-, Wangenkrebs), im Russ (Schornsteinfegerkrebs), im Theer, Paraffin, in Briquetts bei den Arbeitern, welche damit umgehen, ferner durch Einwirkung von Anilin bei den Arbeitern der Farbwerke (Blasenkrebse, — Rehn, Leichtenstern,) endlich nach längerem Arsengebrauch (Hornkrebse). Da es sich hierbei vielfach um Wirkung komplizirter Körper handelt, liegt daran festzustellen erstens, welche Substanz das schädigende Prinzip im Einzelfalle ist, und zweitens ob den gefundenen ursächlichen Substanzen eine gemeinsame übergeordnete Wirkung z. B. die Reduktionswirkung zukomme. Es ist diese medikamentöse Carcinomentwickelung, wenn man so sagen darf, vielleicht das wichtigste und fruchtbringendste Kapitel in der ganzen Krebslehre, da gerade sie im Thierexperiment zur willkürlichen Erzeugung einer malignen Geschwulst am ehesten die Handhabe bietet. Bis jetzt sind derartige Versuche (Hanau) nicht geglückt. Da man nach Arsengaben öfter auch Warzenbildung auftreten sieht (in Form der flachen Alterswarzen, die so gern in Carcinom übergehen), so sind derartige Versuche, in grösserer Anzahl fortgesetzt, gewiss nicht umsonst. Interessant ist dabei, dass Arsen intern gegen die Warzen namentlich im jugendlichen Alter wirkt, dass Arsen äusserlich Warzen zur Resorption bringt und auch das Ulcus rodens und oberflächliche Hautkrebse nicht selten in Heilung überführt. Ich selbst erlebte nach einem Versuch über die Reizwirkung nicht (amerikanischen) minderwerthigen Vaselins nach mehrwöchentlicher Einreibung auf meiner Haut multiple Warzenbildung.

Ausser den Brenzprodukten wäre sodann noch der Alkohol zu nennen, der beim Oesophagus- und Magenkrebs eine Rolle spielt, sowie die Einwirkung von Sekreten (Krebs der Ostien.)

2. Neben der chemischen Irritation ist die mechanische Reizung am auffallendsten. Hierhin gehören die Einwirkung von Fremdkörpern, Steinen (der Gallenblase, Blase, Speichelgänge), Pfeifenstummeln, schlechten Rasiermessern, Zahnstümpfen, Kothstauungen in den Flexuren u. s. f.

3. Giebt es zu Carcinom führende Reizzustände der Haut und der Drüsen durch Erkrankung derselben. Hierunter fallen die Talg- und Schweissdrüsenentzündungen, namentlich die senile Seborrhoe, Balanitis und Phimosis, Paget disease und Mastitiden, Psoriasis vulgaris (H. v. Hebra), Leukoplakia buccalis s. Psoriasis mucosae, die analoge Craurosis vulvae, die Seemannshaut (Unna), Melanosis lenticularis progressiva s. Xeroderma pigmentosum, langwierige Ulcera cruris, zerrende Narben nach Verbrennungen, Lupus etc., endlich die Granulationsgeschwülste (Lupus-Carcinom, Gumma-Carcinom, Lepra-Carcinom).

4. Handelt es sich um die Reizung rudimentärer, nicht geübter Organe, versprengter Keime im Sinne Cohnheims, durch die physiologische Involution sich rückbildender Organe, gutartiger Tumoren, überhaupt von angeborenen oder erworbenen Rück- und Hemmungsbildungen.

Hier sind von Bedeutung Blinddarm, männliche Brustdrüse, Cryptorchismus, Mamma und Uterus zur Zeit der Menopause, senile Atrophie der Haut und ihrer Drüsen, Nävi, Papillome, Adenome, die dem Carcinom vorausgehen können.

5. Kann nach Analogie wie beim Sarkom, entgegen der Behauptung Schuchardt's, auch beim Carcinom ein einmaliges Trauma der Ausgangspunkt für eine maligne derartige Neubildung werden. Dass es beim Carcinom nicht so augenfällig wie beim Sarkom zu verfolgen ist, liegt in der viel langsameren Entwickelung des Carcinoms überhaupt. Ich stimme mit den l. c. von Ribbert gegebenen Ausführungen vollkommen überein, dass mit strengster Kritik derartige Beziehungen klar gelegt werden sollen, dass aber an dem Vorkommen selbst nicht zu zweifeln ist, und die Analogie beim Sarkom direkt dies nahe legt. Meistens handelt es sich um Mammacarcinome, welche auf den Fusstritt des Kindes zurückgeführt werden, aber auch prägnantere Fälle weist die Literatur auf. (Biss in die Zunge, traumatische Striktur).

Selbst indirekte Wirkung des einmaligen Traumas wird sogar für den Begriff Unfall beim Carcinom von Belang werden können, und glaube ich, dass es hierbei weniger auf die Grösse des latenten Intervalls als auf die Gesammtumstände ankommt.

Ich behandle augenblicklich eine Dame, welche vor 3 Jahren beim Umschlagen des Wagens, in dem sie sass, unter anderen schweren Verletzungen eine Schnittwunde am linken Augenbrauenwinkel durch die Scherben der Fensterscheibe davontrug. Naht, prima Intentio. Seit $1/2$ Jahr ulzerirendes Carcinom auf der Narbe.

Gewiss liessen sich die Irritationen ins Unendliche vermehren. Uns genügt es, die Hauptrubriken festzulegen, unter welchen Jeder das zu sichten vermag, was beim Studium und in praxi als lehrreich aufzubewahren werth erscheint.

II. Bezüglich der Disponirung zum Carcinom steht

1. das Lebensalter obenan. Man weiss, dass das höhere und mittlere Alter bevorzugt ist. Der Grund hierfür dürfte aus dem früher Gesagten im gegebenen Falle sich manchmal auffinden lassen.

Wir erinnern daran, dass im vorgeschrittenen Alter in der Haut der Pannikulus und die kollagene Substanz schwinden, die elastischen Fasern sich aneinander legen, schliesslich ebenfalls hyalin quellen und zerfallen (cf die Arbeiten von Schmidt, du Mesnil, Sederholm, Reizenstein, Zenthöfer, Passarge, Krösing, Unna), dass die glatten Muskeln, die Drüsen, senile Degenerationen eingehen, dass die Gefässe sklerotische Veränderungen erfahren, der Gefässdruck abnimmt, die entzündlich reaktive Thätigkeit darniederliegt, kurz dass das Alter vielfach in loco und total Epithelausschreitungen einen Widerstand oder Eliminationsvorgänge entgegenzustellen nicht in der Lage ist.

Gleichwohl treten ausnahmsweise Krebse auch in früheren oder frühsten Alter auf, und hier gilt es ganz besonders, namentlich beim multiplen, familiären Auftreten nach den besonderen Ursachen zu forschen, die hier oft am meisten einwandsfrei und deutlich auftreten.

2. Die Heredität, welche aus zahlreichen Aufstellungen über allen Zweifel erhaben ist, ist so aufzufassen, dass sie eine Heredität der Disposition zu Carcinom darstellt. Der dunkle Punkt, der im Begriff der „Disposition" liegt, wird sich manchmal aufhellen lassen, wenn man über genauere Kenntnisse bezüglich der Lebeweise, gemeinsamer Schädlichkeiten, familiär auftretender Erkrankungen der Haut (Status seborrhoicus) sich vererbender Hypoplasien bestimmter Organe erfahren kann.

3. Das Geschlecht bei Carcinom überhaupt zeigt statistisch ein Vorwiegen des weiblichen, und das ist nach dem, was wir unter I bei den Irritationen besprochen haben, nicht wunderbar.

Noch weniger schwer wird es fallen, für bestimmte Carcinomarten das im männlichen oder weiblichen Geschlecht bestehende Vorwalten zu erklären, wenn wir ausser der Verschiedenartigkeit der in Frage kommenden Organe die dem betreffenden Geschlecht zufallenden Lebensbedingungen ins Auge fassen.

4. Auch die soziale Stellung, Wohnungsverhältnisse, Klima etc. finden in gewissem Sinne eine Betonung durch auffallende Zahlen der Krebsstatistik. Indess sind gerade diese Momente nur mittelbar von Einfluss, als sie gewisse auch unabhängig vorkommende Irritationen aufspeichern. So ist das Vorkommen der Mamma-Carcinome auch in den besseren Kreisen der Bevölkerung erklärlich, während z. B. die Lippenkrebse dort selten sind. Eine rauher Witterung ausgesetzte Bevölkerung erkrankt leichter an Hautcarcinom, wie die Bevölkerung eines milden Klimas. Armheit und Schmutz sind häufig der Untergrund für Gesichtsepitheliome u. s. f. Jedenfalls sind neuerdings von England aus geltend gemachte Schlüsse, dass in feuchten Bodenverhältnissen Ansässige häufig mit Krebs „infizirt“ würden, als vollkommene Trugschlüsse zu bezeichnen, so frappant auch manches post hoc erscheinen mag. Ich selbst verlor an Oesophaguskrebs einen Onkel, welcher eine neue Dienstwohnung bezogen hatte, worin sein Vorgänger im Amt ebenfalls in derselben Wohnung unmittelbar vorher an Oesophaguskrebs verstorben war. Das ist auffallend. Aber vom Auffallenden bis zum ursächlichen Zusammenhang fehlt jede Brücke.

5. Endlich hat man auch Stoffwechselanomalien bei Carcinomkranken konstatirt und namentlich eine zu reiche, stickstoffhaltige Nahrung (analog dem Vorkommen des Krebses bei Carnivoren) für die Carcinomentwickelung günstig angesehen. Diese Untersuchungen verdienen alle Beachtung. Wissen wir doch heute, dass eine derartige Nahrung energisch auf die Drüsen- und Herzthätigkeit einwirkt und, wie für die Haut zu zeigen ich mich bemüht habe (Schütz, Klinisches über Acne und den seborrhöischen Zustand, Arch. f. Darm. u. S. 1895, ferner II. Beitrag 1900), gerade die Talg- und Schweissdrüsen der Haut, die häufigsten Ausgangspunkte des Hautkrebses, sichtlich beeinflusst. Natürlich müssen Harn- und Stoffwechseluntersuchungen beim primären Carcinom angestellt werden und haben keinen ätiologischen Werth, wenn sie zeigen, wie es im Stadium kachekticum beim Menschen aussieht. Weiss man doch auch ferner heute, dass die Nucleo-Albumine in der Nahrung den atheromatösen Prozess begünstigen, welcher sicherlich bei der Krebsdisposition eine Rolle spielt.

Aus allen vorstehenden Erwägungen folgt, dass eine Statistik nur Hand in Hand mit dem Aufklärungsdienst mikroskopischer Forschung, mit der vorurtheilsfreien klinischen Beobachtung der Symptome und namentlich der hausärztlichen Gesammtbeurtheilung des ganzen Menschen, auch in Bezug auf seine Beziehung zur übrigen Welt, verwerthbare Resultate liefern kann. Hierzu aber ist es nöthig, 1. dass wünschenswerthe Fragen nach einem bestimmten Prinzip methodisch und logisch nach den Möglichkeiten ohne Voreingenommenheit für eine Zeitströmung gestellt werden, 2. dass diese Fragen Detailfragen eindeutiger Art seien, welche erst später unter sich ergebende übergeordnete Gruppen vertheilt werden, und was das Wichtigste ist, 3. nicht gelegentlichen Befunden entnommen werden, die vorhanden sind, sondern ganz ad hoc angestellten, mit Gegenprobe stimmenden, Versuchsreihen vorgelegt werden.

Was die Bedeutung dieses dritten Punktes anlangt, so giebt gerade die Geschichte des Carcinoms traurige Belege dafür, wie die Ausserachtlassung des ad hoc den Werth einer Statistik vereitelt. Ich erinnere z. B. an die Beziehungen der Leukoplakia buccalis zum Carcinom. Nedopil rechnete als Assistent aus dem Material der Billroth'schen Klinik beim Wangen- und Zungenkrebs einen hohen Prozentsatz voraufgehender Leukoplakie aus. Andere Chirurgen nach ihm machten es ebenso, bestätigten es. Wir Dermatologen, die wir Leukoplakie primär viel häufiger sehen als die Chirurgen, sehen den Ausgang in Carcinom fast nie. Auf Ehre und Gewissen gefragt, müssten wir den Prozentsatz beregten Zusammenhanges zwischen 0 und 1 angeben. Nach Erkundigungen bei Hausärzten ist auch diesen der üble Ausgang einer Leukoplakie in Carcinom nur als selten aus eigener Erfahrung bekannt. Dabei steht der Chirurgen Statistik in jedem Konversationslexikon als erwiesene Thatsache und ängstigt die armen Patienten. Wo steckt die Wahrheit? Wie immer in der Mitte: Die Chirurgen bekommen und bekamen namentlich in der Zeit vor Schwimmer die mit Aetzmitteln maltraitirten Fälle, und die fortdauernde Reizung, nicht die Leukoplakie selbst, ist Schuld an der Carcinombildung und ihrer elektiv hohen Prozentzahl. Damit soll keineswegs geleugnet werden, dass Leukoplakie ohne jede Behandlung nicht in Carcinom übergehen kann. Gewiss kommt dies vor, und Schuchardt hat in seiner Habilitationsschrift die histologische Veränderung hierbei schön beschrieben; aber es ist recht selten, und die Angst vor dieser Eventualität seitens der Patienten bei vernünftigem Verhalten ziemlich überflüssig.

Die richtige Fragestellung ad hoc würde lauten bezüglich der Häufigkeit der Carcinomentwickelung aus Leukoplakie:

1. Wie häufig ist Leukoplakie beobachtet?
2. Wie häufig ist bei diesen beobachteten Fällen und unter welchen Bedingungen Carcinomentwickelung erfolgt?

Die Möglichkeit einer derartigen Fragestellung ist zur Zeit bei den jetzigen Verhältnissen einfach unmöglich. Hieraus allein folgt, dass unter diesen und anderen mangelhaften Umständen nach einfachen logischen Erwägungen unsere Statistik allein, selbst wenn sie die auffallendsten Erscheinungen zu Tage fördert, niemals zu einer Schlussfolgerung berechtigt ist.

Mögen vorstehende Anregungen dazu beitragen, das Interesse für die Aetiologie und das Vorkommen des Carcinoms zu fördern, sich an der Sammlung und dem Austausch wichtiger Carcinomerscheinungen zu betheiligen, die Deutung aber solcher Erscheinungen nach festem Prinzip zu regeln.

Neuerungen im Entmündigungsverfahren.

Von
A. Partisch-Berlin,
Amtsgerichtsrath.

(Schluss.)

2. Durch § 654 Abs. 3 C.-P.-O. wird ferner das Recht des Gerichts, von der persönlichen Vernehmung des wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zu Entmündigenden Abstand zu nehmen, auf die beiden Fälle eingeschränkt, dass die Vernehmung mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist oder dass sie nicht ohne Nachtheile für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Es ist also der dritte Grund: „wenn sie für die Entscheidung unerheblich ist“ weggefallen, und dies ist nur zu billigen, da dieser Grund geeignet erscheint, zu der Meinung zu verleiten, dass der persönlichen Vernehmung kein grosser Werth beizumessen ist. Dass die neue Civilprozessordnung in dieser Hinsicht auf dem gerade entgegengesetzten Standpunkt steht, dass sie also der Ver-

nehmung des zu Entmündigenden einen grossen Werth beilegt, geht auch unzweideutig aus der neuen Fassung der betreffenden Gesetzesbestimmungen gegenüber der bisherigen Fassung hervor: einmal sind bei Angabe der Gründe der Abstandnahme von der persönlichen Vernehmung die, dem subjektiven Ermessen des Richters zu weiten Spielraum lassenden Worte „nach Ansicht des Gerichts" (nämlich „schwer ausführbar", „unerheblich" u. s. w.) fortgelassen; weiter ist sodann an Stelle des früheren Wortlauts „Die Vernehmung kann unterbleiben" jetzt die, ein Unterlassen der Vernehmung erschwerende Fassung „sie darf nur unterbleiben" gewählt worden; und endlich darf in Zukunft die Vernehmung nicht schon, wenn sie „schwer ausführbar", sondern nur noch, wenn sie „mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist" und nicht, wenn die Vernehmung „für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden nachtheilig", sondern wenn sie „nicht ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand ausführbar ist", unterbleiben.

3. Dass der Gesetzgeber jetzt auf die persönliche Vernehmung grösseren Werth legt und sie deshalb in Zukunft der Regel nach wird erfolgen müssen, leuchtet auch aus der weiteren, in demselben § 654 C.-P.-O. Abs. 1 geschaffenen Neuerung hervor, der gemäss zum Zwecke der persönlichen Vernehmung des wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zu Entmündigenden, dessen Vorführung angeordnet werden kann. Es ist bereits oben auf den Werth dieses, nach den bisherigen Gesetzesbestimmungen nicht zulässig erschienenen Rechts zur zwangsweisen Gestellung sich der Vernehmung Entziehender hingewiesen worden. Hierbei darf jedoch ein Bedenken nicht unerwähnt bleiben. Wird auch wohl in den überwiegend meisten Fällen die zwangsweise Vorführung ohne Gefahr erfolgen können, so giebt es doch andrerseits auch Geisteskrankheitszustände, wo ein gegen die Person ausgeführter Zwang leicht grosse Nachtheile: Tobsuchtausbrüche, Schlaganfälle, unter Umständen mit tödtlichem Ausgang, Selbstmordversuche u. s. w. heraufbeschwören kann. Der Richter, dem ja im § 654 Abs. 1 a. a. O. auch nur das Recht, die Vorführung anzuordnen, gewährt, nicht eine Verpflichtung dazu auferlegt ist, wird daher im Einzelfalle genau zu prüfen haben, ob auch die Vorführung ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist (vgl. Abs. 3 ebenda), und er wird gut thun, dabei den Rath des Sachverständigen zu hören und in irgendwie bedenklichen Fällen aus Rücksicht auf das Wohl des Kranken wie im Hinblick auf die §§ 222 und 230 Strafgesetzbuchs von der Anordnung der Vorführung lieber Abstand zu nehmen, zumal ihm für die Ausführung der Zwangsgestellung nicht Organe und Hülfsmittel zur Verfügung stehen, wie solche z. B. die öffentlichen Irrenanstalten in einem für die Behandlung Geisteskranker in kritischen Momenten geschulten Wärterpersonal und in besonders eingerichteten Wagen und Lagerstätten besitzen.

4. Durch § 656 C.-P.-O. wird sodann dem Gericht die Befugniss ertheilt, die Unterbringung des zu Entmündigenden in eine Heilanstalt auf die Dauer von höchstens sechs Wochen zur Feststellung seines Geisteszustandes anzuordnen. Auch der Nutzen und die Erwünschtheit einer solchen Anstaltsbeobachtung bei zweifelhaften Geisteszuständen ist oben bereits hervorgehoben worden. Es wird durch sie unzweifelhaft eine grössere Sicherheit für richtige Diagnose gewährleistet und damit für den zur Entmündigung Gestellten ein erhöhter Schutz gegen ungerechtfertigte Entmündigungen geschaffen.

Gegenüber der ähnlichen Vorschrift des § 81 der Strafprozessordnung ist darauf hinzuweisen, dass die Civil-Prozessordnung die Auswahl der Anstalt dem Gericht anheimgiebt; es braucht also keine öffentliche Irrenanstalt zu sein, in der die Beobachtung zu erfolgen hat, vielmehr ist jede Heilanstalt nachgelassen. Es dürfte diese Erweiterung des Kreises der zulässigen Anstalten erfolgt sein einmal mit Rücksicht auf das Vorurtheil, welches die Volksmeinung mit dem Verweilen in öffentlichen, als solchen mehr bekannten Irrenanstalten — gegenüber sogenannten blossen Sanatorien — zu verbinden geneigt ist, und das sich den Betheiligten nachher öfter persönlich peinlich und bisweilen auch ihre materiellen Interessen schädigend bemerkbar macht; ferner mit Rücksicht auf die verhältnissmässig geringe Anzahl und die häufig entfernte Lage der öffentlichen Irrenanstalten, welche die Unterbringung der zu Entmündigenden erschwert und eine öfter erwünscht erscheinende Beobachtung derselben durch die bereits mit der Entmündigungsangelegenheit befassten gerichtlichen Sachverständigen unmöglich macht.

Die Unterbringung kann im Uebrigen sowohl vor als nach der persönlichen Vernehmung angeordnet werden. Sie ist jedoch von der Zustimmung des Antragstellers sowie weiter davon abhängig gemacht, dass sie nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Auch müssen nicht nur der Antragsteller, sondern auch alle sonstigen zur Antragstellung berechtigten Personen, insbesondere also auch der Staatsanwalt, vor Erlass der Anordnung „soweit thunlich" gehört werden. Durch diese die Unterbringung nicht unerheblich erschwerenden Voraussetzungen soll einem Missbrauch der richterlichen Befugniss vorgebeugt und das Interesse der Betheiligten, insbesondere auch des zur Entmündigung Gestellten gewahrt werden. Der Sachverständige hat seine gutachtliche Aeusserung über die Nothwendigkeit der Anstaltsbeobachtung unter dem Eide zu erstatten, wird sich für eine solche also nur entscheiden dürfen, wenn andere Möglichkeiten, Sicherheit über den Geisteszustand zu gewinnen, nicht gegeben sind oder aussichtslos erscheinen. Auch insofern stellt sich das Gesetz hier also auf einen anderen Standpunkt, wie in dem ähnlichen Falle des § 81 Str.-Proz.-Ord., welcher derartige Bedingungen für die Anstaltsbeobachtung nicht aufstellt.

Weiter ist sodann sowohl dem zu Entmündigenden als auch dem Staatsanwalt und allen übrigen zur Stellung des Entmündigungsantrages berechtigten Personen gegen den die Unterbringung anordnenden Beschluss des Gerichts das Rechtsmittel der sofortigen Beschwerde gegeben, vor deren Erledigung der Beschluss (gemäss § 572 C.-P.-O.) nicht ausgeführt werden darf. Man wird diese Beschwerde auch dann für zulässig erachten müssen — wiewohl das Gesetz hierüber schweigt —, wenn sie sich nicht gegen die Unterbringung an sich als gegen die Unterbringung in der vom Gericht bestimmten Anstalt richtet, sei es, dass diese nicht für eine Heilanstalt, sei es, dass sie im gerade vorliegenden Fall für ungeeignet erachtet wird.

Es liegt die Besorgniss nahe, dass durch diese weitgehenden Voraussetzungen, welche das Gesetz an die Zwangsunterbringung in eine Anstalt knüpft, diese leicht vereitelt werden kann. Allerdings ist sie ja auch an sich nur als letztes Hülfsmittel gedacht und es wird sich ihr daher z. B. der Antragsteller, dem an der Klarstellung des Geisteszustandes des zu Entmündigenden liegt, nicht leicht widersetzen; auch liegt es nahe, dass er bei Erklärung seiner Zustimmung zugleich Vorschläge wegen der zu wählenden Heilanstalt machen wird, denen das Gericht, soweit nicht das Interesse der Staatskasse entgegensteht — der im Falle der Ablehnung des Entmündigungsantrages nach § 658 C.-P.-O. die Kosten zur Last fallen —,

meist Folge zu geben bereit sein wird. Hingegen wird durch die vom Gesetze angeordnete Anhörung aller Antragberechtigten, zumal wenn diese erst noch ermittelt werden müssen, und ferner durch die vom zu Entmündigenden und — zumal wenn Interessengegensätze bei den Verwandten desselben obwalten — auch von anderen Betheiligten meist zu erwartende Einlegung der sofortigen Beschwerde und zulässigenfalls auch wohl noch der weiteren Beschwerde die Unterbringung in die Anstalt und damit zugleich auch das Verfahren voraussichtlich in die Länge gezogen und die Entscheidung über die Entmündigung hinausgeschoben werden. Indess ist durch die einschränkende Bestimmung, dass die Anhörung der übrigen Antragsberechtigten nur „soweit thunlich" zu erfolgen hat, dem Richter freie Entschliessung in Berücksichtigung der Umstände des Falles überlassen; auch kann eine weitere Verzögerung in einem Falle kaum in Betracht kommen, in dem schon an sich durch die Anstaltsbeobachtung eine Verzögerung eintritt. Eine Gefährdung sonstiger Interessen des zur Entmündigung Stehenden ist überdies nicht zu befürchten, da beim Vorliegen eines zweifelhaften Gemüthszustandes, wenn der zu Entmündigende nicht selbst seine Interessen ausreichend wahrzunehmen befähigt erscheint, zweifellos durch Einleitung einer vorläufigen Vormundschaft (s. u.) für ihn gesorgt werden wird. — Auch darüber spricht sich das Gesetz nicht aus, ob die Unterbringung in einer „geschlossenen" oder sogenannten „offenen" Anstalt zu erfolgen hat. Dass auch ersteres geschehen darf, kann einem Zweifel nicht unterliegen, da dem Gericht dem zu Entmündigenden gegenüber das Recht, die Beobachtung zu erzwingen, verliehen ist. Das Gericht wird daher auch über diesen Punkt nach Lage des Falles und beziehungsweise nach Anhörung der Sachverständigen zu entscheiden haben.

Dieses reichsgesetzlich verliehene richterliche Recht zur zwangsweisen Unterbringung angeblich Geisteskranker in einer Heilanstalt zu ihrer Beobachtung zwecks Vorbereitung eines Sachverständigen-Gutachtens hat im Uebrigen, wie wohl kaum der Erwähnung bedarf, nicht den mindesten Zusammenhang mit dem nach Landesgesetz auch weiter selbständig fortbestehenden Rechte der Polizeibehörden und Verwandten, einen Geisteskranken zu seiner oder seiner Umgebung Sicherheit oder zu Heilzwecken unter bestimmten Kautelen zwangsweise in eine Irrenanstalt bringen zu lassen.

5. Weiter bestimmt dann der § 653 C. P. O. für das Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche — und der § 680 ebenso für das wegen Verschwendung und wegen Trunksucht — dass nicht nur die „geeignet" erscheinenden Beweismittel (so lautete der Text früher), sondern die „erheblich" erscheinenden Beweise aufzunehmen sind; und ferner ordnet derselbe Paragraph als Neuerung an, dass dem zu Entmündigenden und, wenn er einen gesetzlichen Vertreter hat, dem die Sorge für seine Person zusteht (das sind: Vater oder Mutter als Inhaber der elterlichen Gewalt, Vormund — auch der vorläufige Vormund — und Pfleger) auch diesem, sofern er nicht selbst die Entmündigung beantragt hat, noch vor der Anstellung von Ermittelungen Gelegenheit gegeben werden soll, auch seinerseits Beweismittel zu bezeichnen.

Es leuchtet ein, dass durch diese Bestimmungen dem zu Entmündigenden ein weiterer erheblicher Schutz gegen Fehlsprüche des Gerichts in Folge nicht erschöpfender Klarlegung des Sachverhalts gewährt wird.

Einmal wird gleich im Beginn des Verfahrens, unter Umständen noch bevor seine persönliche Vernehmung stattgefunden hat, dem zu Entmündigenden — dem desshalb (wiewohl das Gesetz dies nicht ausdrücklich vorschreibt) der Entmündigungsantrag, wenigstens soweit er erheblich erscheint, häufig wird mitgetheilt werden müssen — Gelegenheit gegeben, sich zu demselben zu äussern, was er in Person oder auch durch einen Vertreter, insbesondere einen Anwalt thun kann; und das Gericht hat die Pflicht, diese Gegenäusserung ebenso gewissenhaft zu prüfen wie den Inhalt des Entmündigungsantrages; das Verfahren nähert sich dadurch in etwas dem Rechtsstreitverfahren, in welchem vor der Beschlussfassung des Gerichts über die vorzunehmende Beweiserhebung ein Schriftwechsel stattfindet; auch im Entmündigungsverfahren wird das Gericht, um sicherer beurtheilen zu können, welche Beweismittel erheblich erscheinen, öfter in die Lage kommen, noch eine Replik des Antragstellers und eventuell eine Duplik des zu Entmündigenden einzuholen; allerdings wird sich dies meist auf die Fälle zweifelhafter Geisteszustände beschränken; denn bei klar vorliegender Geisteskrankheit wird der zu Entmündigende entweder überhaupt ausser Stande sein, sich sachgemäss zu äussern oder er wird wenigstens nichts, was für die Beweiserhebung erheblich erscheint, vorbringen; sein etwaiger gesetzlicher Vertreter aber wird in diesem Falle das Verfahren nicht erschweren.

Demnächst wird durch die neuen gesetzlichen Bestimmungen das Gericht zu einer, unter Umständen sehr umfangreichen Beweiserhebung genöthigt; denn es hat jetzt nicht mehr das Recht, unter den vorgebrachten Beweisen diejenigen, welche ihm zur Feststellung des Geisteszustandes geeignet erschienen, auszuwählen, sondern es muss alle Beweise, welche für diese Feststellung von Belang erscheinen, erheben. Dass diese Beweiserhebung vor der persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden stattzufinden hat, ist im Gesetze nicht vorgeschrieben; es steht deshalb auch kein Bedenken entgegen, die Ermittelungen mit der persönlichen Vernehmung zu beginnen; ergiebt alsdann schon diese Vernehmung allein ein auch dem Laien keinen Zweifel lassendes klares Bild einer vorhandenen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, so wird unbedenklich von einer weiteren Beweiserhebung Abstand genommen werden können, die dann, weil überflüssig und nicht geeignet, eine klar zu Tage liegende Geisteskrankheit noch klarer zu gestalten, auch nicht mehr erheblich erscheint; in allen auch nur im mindesten zweifelhaften Fällen aber wird das Gericht zu einer erschöpfenden Beweisaufnahme nach Massgabe der beiderseits vorgebrachten, erheblich erscheinenden Beweise genöthigt sein; indess wird auch hier das Gericht, sobald die Beweiserhebung soweit gediehen ist, dass sie ausreichende Grundlage zur Gewinnung eines sicheren Gutachtens über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Geisteskrankheit oder Geistesschwäche bietet, von weiteren Ermittelungen, weil nun nicht mehr erheblich erscheinend, Abstand nehmen könne, da andernfalls das Verfahren unnöthigerweise in die Länge gezogen und die Entscheidung, deren Beschleunigung im Interesse des zu Entmündigenden oder seiner Angehörigen öfter erwünscht erscheint, ohne Zweck verzögert wird.

Immerhin wird, mindestens in Fällen nicht ganz klar vorliegender Geisteskrankheit, in Folge dieser neuen gesetzlichen Bestimmungen eine Verlangsamung des Verfahrens eintreten.

Aber noch andere nicht unerheblich ins Gewicht fallende Bedenken machen sich namentlich gegen eine Mittheilung des Entmündigungsantrages an den zu Entmündigenden geltend. Nicht ohne gerechtfertigten Grund werden in den Irrenanstalten die zu Entmündigenden auf den ihnen bevorstehenden Vernehmungstermin und die ihnen drohende Entmündigung mehr fach erst allmählich vorbereitet oder es wird ihnen davon vorher auch wohl

überhaupt keine Mittheilung gemacht; denn die Erfahrung hat gezeigt, dass die Aussicht, entmündigt zu werden, auf zu Gewaltthätigkeiten neigende oder an Erregbarkeit leidende Personen — wie auch wohl beim Vorliegen noch anderweiter psychischer Krankheitszustände — leicht einen unheilvollen Einfluss ausübt, sie zu gefährlichen Wuthausbrüchen und zu Gewaltthätigkeiten gegen sich und gegen Andere hinreisst. Die vom Gesetz beabsichtigte Wohlthat kann daher für einzelne Geisteskranke leicht in das Gegentheil sich verkehren. Insofern wäre es vielleicht zweckmässiger gewesen, wenn das Gesetz sich auf die Anordnung der Anhörung des dem zu Entmündigenden bestellten oder zu bestellenden Vertreters beschränkt hätte.

Zu befürchten ist weiter auch, dass die Mittheilung des Entmündigungsantrages an den zu Entmündigenden von Personen, die ein Interesse daran haben, ihn nicht unter Vormundschaft stellen zu lassen, um ihn besser für ihre Zwecke ausnutzen zu können, zu einer Beeinflussung des zu Entmündigenden benutzt werden wird, deren Wirkung sich dann leicht in einer Verdunkelung des Sachverhalts und Vermehrung des zu berücksicktigenden Beweisstoffes bemerkbar machen wird. Es ist auch kaum zu erhoffen, dass die etwaige Einleitung einer vorläufigen Vormundschaft über den zu Entmündigenden hiergegen ein geeignetes Schutzmittel abgeben wird. Wie die Motive zur Civilprozessnovelle ergeben, hat man bei dem, vor Aufnahme von Beweisen, zur Bezeichnung von Beweismitteln aufzufordernden „gesetzlichen Vertreter" insbesondere an den etwa bestellten „vorläufigen Vormund" gedacht; ein solcher kann nach § 1906 Bürgerl. Ges.-Buchs bestellt werden, sobald der Entmündigungsantrag gestellt ist; die Erfahrung bei der bisherigen Einleitung von Vormundschaften und Pflegschaften lehrt jedoch, dass die Bestellung selbst nicht selten erst nach Monaten zu Stande kommt; es kann aber nicht wohl als Meinung des Gesetzgebers angenommen werden, dass das Entmündigungsgericht das Ermittelungsverfahren so lange ruhen lassen soll, bis der vorläufige Vormund bestellt ist, damit dieser zuvor gehört werden kann.

6. Da wir bereits mehrmals genöthigt waren, von der vorläufigen Vormundschaft zu sprechen, so sei diese für das Entmündigungsverfahren interessirende, durch das Bürgerliche Gesetzbuch in das Rechtsleben eingeführte Einrichtung hier gleich angeschlossen. Nach dem bereits erwähnten § 1906 B. G.-B. kann ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht dies zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet. (Ein Minderjähriger hat als solcher bereits einen gesetzlichen Vertreter.) Die vorläufige Vormundschaft darf nur aufgehoben werden, wenn der Mündel des vorläufigen vormundschaftlichen Schutzes nicht mehr bedürftig ist; sie endigt im Uebrigen mit der Rücknahme oder der rechtskräftigen Abweisung des Antrages auf Entmündigung bezw. mit der Bestellung eines (definitiven) Vormundes in Folge Ausspruchs der Entmündigung (§ 1908 ebenda).

Nach § 657 C.-P.-O. hat das Entmündigungsgericht, sobald es die Anordnung einer Fürsorge für die Person oder das Vermögen eines wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zu Entmündigenden für erforderlich hält, der Vormundschaftsbehörde zum Zwecke dieser Anordnung Mittheilung zu machen Durch § 680 Abs. 3 C.-P.-O. ist diese, schon nach bisherigem Recht im Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit in Geltung gewesene Vorschrift auf das Entmündigungsverfahren wegen Verschwendung und wegen Trunksucht ausgedehnt worden.

Die Anordnung der erforderlichen Fürsorge seitens des Vormundschaftsgerichts erfolgte nach bisherigem preussischen Recht durch Bestellung eines „Pflegers". Sie hatte den Mangel, dass der „Pfleger" nur für einzelne Angelegenheiten oder für einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten seines Pfleglings bestellt werden konnte, denselben also nicht in vollem Umfange vertrat und nicht alle seine Interessen wahrnahm. Insofern bedeutet also die Einleitung der „vorläufigen Vormundschaft" über den — einer Vertretung bedürftigen — zur Entmündigung Gestellten, da der vorläufige Vormund die gesammten Angelegenheiten seines Mündels zu besorgen und ihn in allen Beziehungen, wo eine Vertretung zulässig ist, zu vertreten hat, die Einrichtung einer erhöhten Fürsorge und eines grösseren Schutzes für die Interessen des zur Entmündigung Stehenden. Dass die Ausdehnung dieses Schutzmittels auf die wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht zur Entmündigung Gestellten einem in der Praxis wiederholt hervorgetretenen Bedürfniss entspricht, haben wir bereits oben bei Besprechung der Mängel des bisher geltend gewesenen Rechts hervorgehoben.

Der Pfleger des früheren Rechts pflegte sich mit Rücksicht auf den beschränkten Kreis, in welchem er die Interessen seines Pfleglings wahrzunehmen berufen war, um das Entmündigungsverfahren nicht zu bekümmern; stand ihm doch auch nach bisherigem Recht nicht einmal die Befugniss zu, die Entmündigung zu beantragen, (wenn er, wie häufig geschah, schon vorher, wegen Gefahr im Verzuge zum Pfleger eines angeblich Geisteskranken bestellt war). Der nunmehrige vorläufige Vormund hat einen erheblich grösseren Rechte- und Pflichten-Kreis; er ist insbesondere auch verpflichtet, die Interessen seines Mündels im Entmündigungsverfahren wahrzunehmen.

Wir haben gegen Schluss des vorhergehenden Abschnittes erwähnt, dass dem vorläufigen Vormund ebenfalls Gelegenheit gegeben werden soll, seinerseits Beweismittel zu bezeichnen. Wir bemerkten dabei, dass dies nach dem Wortlaut des Gesetzes schon vor der Vornahme von Beweiserhebungen zu geschehen habe, dass letzteres aber in den meisten Fällen, wenn nicht eine Verzögerung des Verfahren eintreten solle, nicht ausführbar sein werde. Der Meinung des Gesetzes wird es entsprechen, wenn nur in besonders liegenden Fällen die Bestellung des vorläufigen Vormundes abgewartet wird, in den übrigen Fällen aber ihm auch nach bereits begonnener Beweisaufnahme Gelegenheit zur Bezeichnung von Beweismitteln gewährt wird. Es kann und wird überdies öfter vorkommen, dass sich Veranlassung zu einer, die Einleitung der vorläufigen Vormundschaft herbeiführenden Mittheilung des Entmündigungsrichters an den Vormundschaftsrichter gemäss § 657 C.-P.-O. überhaupt erst im Laufe des Entmündigungsverfahrens herausstellt. Allerdings haben bei Berathung des jetzigen § 649 C.-P.-O. die Vertreter der verbündeten Regierungen zum Ausdruck gebracht, dass gegenüber einer drohenden Entmündigung, wenn nicht immer, so doch jedenfalls in irgend wie zweifelhaften Fällen die Voraussetzung für die Bestellung eines vorläufigen Vormundes, nämlich eine „erhebliche Gefährdung der Person oder des Vermögens" als gegeben anzunehmen sei; allein wenn bei Einnahme dieses Gesichtspunktes auch die Einleitung der vorläufigen Vormundschaft künftig häufig schon im Beginn des Entmündigungsverfahrens erfolgen sollte, so wird, wie oben angedeutet, aus anderweit eintretenden Hindernissen doch die Bestellung des vorläufigen Vormundes sich öfter hinausziehen.

Man wird dem vorläufigen Vormund auch die Anwesenheit

bei den gerichtlichen Terminen und die Wahrnehmung der Interessen des zu Entmündigenden in denselben auf sein Verlangen nicht verweigern dürfen, zumal bei derselben eben erwähnten Kommissionsberathung die Zulassung auch von Anwälten im Entmündigungsverfahren als Beiständen der zu Entmündigenden als dem Geiste der Prozess-Ordnung entsprechend von dem Vertreter der verbündeten Regierungen und der Reichstags-Kommission übereinstimmend anerkannt wurde; doch darf hierbei von den Betheiligten nicht ausser Betracht gelassen werden, dass das Entmündigungsverfahren ein nicht durch Parteibetrieb, sondern von Amtswegen vom Richter durchzuführendes Verfahren ist, dieser an Anträge der Betheiligten nicht gebunden ist, und dass insbesondere auch eine mündliche Verhandlung im Sinne der Civilprozessordnung in diesem Verfahren in keiner Weise stattfindet; insbesondere soll auch die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden nach dem Gesetze durch den Richter erfolgen.

Auch die Einführung der vorläufigen Vormundschaft stellt sich hiernach als eine auf grösseren Schutz der Interessen des zu Entmündigenden im Entmündigungsverfahren abzielende gesetzliche Neuerung dar; doch wird sie als eine solche nur wirken, wenn der vorläufige Vormund in pflichtmässiger Wahrnehmung seines Amtes bemüht ist, mit dem Richter vereint für Klarstellung des Geisteszustandes des zu Entmündigenden — bezw. für Feststellung, ob derselbe ein Verschwender bezw. ob er ein Trunksüchtiger ist — zu wirken. Ihr sonstiger Nutzen: Wahrnehmung der Interessen des Mündels und Vertretung desselben auch ausserhalb des Entmündigungsverfahrens, muss hier unerörtert bleiben).

Erwähnt sei dabei noch, dass, wenn der vorläufige Vormund behindert ist, die Interessen seines Mündels im Entmündigungsverfahren wahrzunehmen, diesem zur Wahrnehmung dieser Interessen nach § 1909 B. G. B. ein Pfleger bestellt werden muss.

7. Bereits der § 597 Abs. 3 der bisherigen Civilprozessordnung hatte bestimmt, dass der Staatsanwalt das Entmündigungsverfahren — wegen Geisteskrankheit — in allen Fällen (also auch, wenn er nicht den Entmündigungsantrag gestellt hat) durch Stellung von Anträgen betreiben kann. Der § 652 der neuen C. P. O. hält diese Bestimmung aufrecht und ergänzt sie dahin, dass der Staatsanwalt berechtigt ist, den Terminen beizuwohnen, und dass er von der Einleitung des Verfahrens sowie von einer etwaigen Ueberweisung der Verhandlung und Entscheidung an ein anderes Amtsgericht und von allen Terminen in Kenntniss zu setzen ist.

Verfolgt diese Ergänzung nach den Motiven zunächst nur den Zweck, das Mitwirkungsrecht der Staatsanwaltschaft mehr zu sichern und den Umfang desselben Zweifeln gegenüber festzustellen, so geht doch aus der oben bereits erwähnten Allgemeinen Verfügung des Justizministers vom 28. November 1899 (Just. Min. Bl. Seite 388) hervor, dass sie durch die stärkere Hervorhebung des Rechts des Staatsanwalts zugleich darauf abzielt, eine verstärkte Wirksamkeit der Staatsanwaltschaft im Interesse der einer Fürsorge bedürftigen Geisteskranken und Geistesschwachen hervorzurufen.

Demgemäss bestimmt die gedachte Verfügung, dass die Staatsanwaltschaft thunlichst den Terminen, und insbesondere dem Termine zur Vernehmung des zu Entmündigenden beizuwohnen hat, sofern es sich nicht um die Entmündigung einer in einer öffentlichen Anstalt untergebrachten Person, deren Geisteskrankheit oder Geistesschwäche unbedenklich als vorhanden angenommen werden kann, handelt. Die Staatsanwaltschaft soll ferner vom Gange jeder Sache sich fortlaufend in Kenntniss erhalten und die der Sachlage entsprechenden Anträge stellen. Diese ihre Thätigkeit soll namentlich in denjenigen Sachen ausnahmslos stattfinden, wo sie selbst den Entmündigungsantrag gestellt hat; aber auch wenn die Entmündigung von anderer Seite beantragt ist, soll sie sachdienliche Anträge, insbesondere über Art und Umfang der Beweisaufnahme stellen, wenn ihr dies im Interesse des zu Entmündigenden angemessen erscheint. Auch soll sie in jedem Falle vor der Beschlussfassung des Gerichts über die Entmündigung sich — binnen einer Woche — gutachtlich äussern, und sind die Gerichte deshalb angewiesen, zu diesem Behufe nach Abschluss der Ermittelungen und vor der Entscheidung über den Entmündigungsantrag die Akten der Staatsanwaltschaft zur Aeusserung vorzulegen. Endlich soll diese geeignetenfalls im Interesse des zu Entmündigenden die Anordnung einer vorläufigen Vormundschaft bei dem Vormundschaftsgericht beantragen und nöthigenfalls im Beschwerdewege zu erreichen suchen. Generell wird der Staatsanwaltschaft ferner zur Pflicht gemacht, darüber zu wachen, dass, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen der Entmündigung vorliegen, die der Fürsorge bedürftigen Geisteskranken oder Geistesschwachen, sofern nicht ihre baldige Genesung in Aussicht steht, auch wirklich entmündigt werden, und dass andererseits, wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen oder wieder weggefallen sind, die Entmündigung unterbleibt bezw. wieder aufgehoben wird. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Entmündigung nur aus dem im Gesetze bezeichneten Grunde, insbesondere nicht lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder im ausschliesslichen Interesse anderer Personen erfolgen darf. Gegen die in Irrenanstalten untergebrachten Personen soll der Antrag nicht verzögert werden, wenn die Besorgniss einer sachlich nicht gerechtfertigten Beschränkung der persönlichen Freiheit durch die Unterbringung in der Anstalt obwaltet. —

Uebrigens ist in dieser ministeriellen Verfügung auch die frühere Bestimmung wiederholt, wonach Abschrift eines jeden in einer Entmündigungssache erstatteten Gutachtens möglichst schleunig, unter Beifügung einer Abschrift des über die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden aufgenommenen Protokolles, dem Regierungspräsidenten eingesandt werden soll. —

Zweifellos wird durch die gedachten gesetzlichen und ministeriellen Bestimmungen eine grösstmögliche Gewissenhaftigkeit bei der Bearbeitung der Entmündigungssachen und damit ein vermehrter Schutz für die zu Entmündigenden erreicht werden; ob aber, gegenüber der in der ministeriellen Verfügung weiter den Gerichten zur Pflicht gemachten thunlichst beschleunigten Erledigung der Anträge auf Entmündigung, durch diese umfassende Mitwirkung der Staatsanwaltschaft, welche letztere auch jederzeit von den Akten Einsicht nehmen und sich Abschriften aus ihnen ertheilen lassen kann, nicht vielmehr gleichfalls eine Verlangsamung des Verfahrens veranlasst werden wird, darüber kann erst die praktische Handhabung dieser Vorschriften belehren. Zu besorgen ist auch, dass die der Staatsanwaltschaft aufgegebene, in mancher Beziehung ihrer Aufgabe im strafgerichtlichen Ermittelungsverfahren ähnelnde Thätigkeit zu Konflikten mit dem Entmündigungsrichter führen möchte, dem nach § 653 C.-P.-O. das Recht zusteht, selbständig die zu veranstaltenden Ermittelungen und zu erhebenden Beweise zu bestimmen. —

Beschränkten die vorstehend unter Nr. 1 bis 4 und 7 besprochenen Neuerungen ihren Wirkungskreis auf das Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche, während die unter Nr. 5 und 6 behandelten bei allen Arten von Entmündigungen, also auch denen wegen Verschwendung und wegen Trunksucht zur Anwendung kommen, so betreffen von den nun noch zu erwähnenden

beiden Neuerungen die eine nur das Entmündigungsverfahren wegen Trunksucht und die letzte das Entmündigungsverfahren wegen Verschwendung und das wegen Trunksucht.

8. Nach § 681 C.-P.-O. kann im Entmündigungsverfahren wegen Trunksucht das Gericht die Beschlussfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde. Nach den Motiven zu diesem Paragraphen hofft man durch diese Bestimmung zu erreichen, dass schon die Stellung des Entmündigungsantrages unter Umständen den Erfolg haben werde, dass der Trunksüchtige, um der Entmündigung zu entgehen, freiwillig den zu seiner Besserung und Heilung erforderlichen Massnahmen sich unterzieht.

Der Gesetzgeber nimmt hier der Trunksucht gegenüber also einen etwas anderen Standpunkt ein, als der Geisteskrankheit und Geistesschwäche, wie auch der Verschwendung gegenüber: Während er bei den letzteren nur die Thatsache des Vorliegens eines nicht normalen Zustandes festgestellt sehen will, um auf Grund dieser Feststellung Schutzmassregeln im Interesse des Entmündigten und seiner Mitmenschen treffen lassen zu können, will er der Trunksucht gegenüber zugleich Besserungs- und Heilungsversuche anstellen lassen. Beweggrund zu dieser Einnahme eines weiter reichenden Gesichtspunktes waren offenbar die schweren sozialen Missstände, welche die Trunksucht in ihrem Gefolge hat, indem sie nicht nur den Trunksüchtigen selbst körperlich und meist auch geistig schädigt, sondern auch häufig den wirthschaftlichen Untergang der Familie herbeiführt, Gewaltthaten gegen Dritte hervorruft, entsittlichend auf die Familienmitglieder wirkt, zu Vergehen und Verbrechen Veranlassung giebt und nicht selten eine geistig minderwerthige Nachkommenschaft des Trunksüchtigen zur Folge hat.

Bekanntlich giebt es in der Psychiatrie eine Auffassung, deren Anhänger in den Trunksüchtigen als solchen bereits Geisteskranke sehen und — wenigstens Einzelne — aus der Bezeichnung des Entmündigungsgrundes in Nr. 3 des § 6 B. G.-B. als Trunksucht folgern, dass auch das Gesetz die Trunksüchtigen als Geisteskranke ansieht. Dass letztere Folgerung irrig ist, geht daraus hervor, dass die Entmündigung wegen Trunksucht mit der Entmündigung wegen Verschwendung (welche letztere an und für sich doch ebenfalls nicht als Geisteskrankheit anzusehen ist) vereint einem besonders geregelten Verfahren überwiesen ist, in welchem insbesondere die Zuziehung von Sachverständigen nicht vorgeschrieben und die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft ausgeschlossen ist; aber auch aus der in Besprechung stehenden Bestimmung des § 681 a. a. O. dürfte die Unrichtigkeit jener Gesetzesauslegung zu entnehmen sein, da auf einen Geisteskranken die Aussetzung des Entmündigungsbeschlusses schwerlich die vom Gesetze beabsichtigte Wirkung einer freiwilligen Unterwerfung unter die zu seiner Besserung in Aussicht gefassten Massregeln haben wird bezw. haben kann; auch dürfte bei einem geisteskranken Alkoholiker eine „Aussicht, dass er sich bessern werde“, ausgeschlossen sein. Vielmehr sieht das Gesetz (§ 6 Nr. 3 B. G.-B.) in einem Trunksüchtigen offenbar nur einen mit leidenschaftlicher Neigung zu geistigen Getränken behafteten Menschen, den der fortgesetzte Genuss solcher Getränke noch nicht geisteskrank gemacht hat und bei dem auch dieser Hang selbst nicht die Wirkung einer vorhandenen Geistesstörung ist. Nur bei solchen Menschen ist — unter Umständen — Aussicht auf Besserung vorhanden.

Es erscheint auch keineswegs unter allen Umständen geboten, dass der Richter wegen solcher Besserungsaussicht das Gutachten eines Sachverständigen einholt, da das Gesetz hierbei offenbar, wenigstens zunächst, weniger an körperliche, geschweige geistige, als an eine ethische Besserung, an erzieherisch wirkende, die Willenskraft stärkende und die Einsicht vermehrende Massregeln denkt, und die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer solchen Besserung sehr wohl aus thatsächlichen Verhältnissen entnommen werden kann. Beispielsweise zeigt die Erfahrung, dass die Neigung zum Trunke nicht selten durch unglückliche Eheverhältnisse, durch körperliche Krankheit, Arbeitslosigkeit, Unglücksfälle in der Familie, Sorgen und trübe Gedanken hervorgerufen oder befördert wird. Hier wirkt bisweilen schon die Beseitigung der Ursachen, sofern letztere möglich ist, günstig auf den Trunksüchtigen. Vor allem hat aber der Gesetzgeber wohl auch an die in praktische Wirksamkeit umgesetzten Bestrebungen der Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht und insbesondere an Trinkerheilanstalten gedacht. In dieser Beziehung wird allerdings an Aussicht auf Besserung entmündigungsreifer Trunksüchtiger erst gedacht werden können, wenn zweckmässig eingerichtete und richtig geleitete Trinkerheilanstalten, in welchen vor allem auch für strenge Beobachtung gänzlicher Enthaltsamkeit vom Genuss geistiger Getränke gesorgt wird, in ausreichender Anzahl hergestellt sein werden, und wenn ferner der Trunksüchtige die Gewähr für einen mindestens ein Jahr währenden Aufenthalt in einer solchen Anstalt bietet, da erfahrungsgemäss ohne eine während einer solchen längeren Zeitperiode streng durchgeführte Entwöhnung fast ausnahmslos Rückfälligkeit eintritt und daher auf Besserung oder gar Heilung des Trunksüchtigen nicht zu rechnen ist.

Wie wir bereits mehr im Eingang dieses Aufsatzes dargethan haben, ist indess eine Zuziehung von Sachverständigen im Entmündigungsverfahren wegen Trunksucht, wenngleich nicht geboten, doch auch keineswegs ausgeschlossen. Es kann sich sehr wohl, namentlich, wenn thatsächliche Ursachen des Alkoholmissbrauchs nicht festzustellen sind, empfehlen, das Gutachten eines erfahrenen Arztes darüber einzuholen, ob und inwiefern Aussicht auf Besserung eines Trunksüchtigen als vorhanden oder nicht vorhanden anzunehmen ist; und namentlich wird — wie wir oben ebenfalls bereits hervorgehoben haben — eine solche Anhörung von Sachverständigen geboten sein, wenn sich der Zweifel erhebt, ob der Trunksüchtige sich im Vollbesitz seiner Geisteskräfte befindet und nicht vielmehr als geisteskrank oder geistesschwach anzusehen ist.

Eine Dauer der Zeit, für welche der Entmündigungsbeschluss ausgesetzt werden kann, bestimmt übrigens das Gesetz nicht; sie ist daher in das Ermessen des Gerichtes gestellt. Das Gericht wird dieselbe unter Berücksichtigung der Gesammtheit der obwaltenden Umstände, insbesondere also mit Rücksicht auf die Dauer des Bestehens und die Stärke der Neigung zum Trunk, die Grösse der Willenskraft des Trinkers, die ermittelten jedesmaligen Veranlassungen zu Trinkausschreitungen, dass Mass der Einsicht des Trunksüchtigen in die mit dem Alkoholmissbrauch für ihn verbundene Gefahr und Anderes zu bemessen haben.

9. Endlich bestimmt der letzte Absatz des § 680 C. P. O., dass durch Landesgesetz den Gemeinden, den solchen gleichstehenden Verbänden und den Armenverbänden das Recht verliehen werden kann, Entmündigungen wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht zu beantragen. Derartige Antragsberechtigungen in Bezug auf Entmündigungen wegen Verschwendung bestanden bereits in verschiedenen Bundesstaaten, so in Bayern, im Königreich Sachsen und im Grossherzogthum Sachsen-Weimar; diesen Ländern ist jetzt auch Preussen gefolgt und hat durch § 3 des Ausführungsgesetzes zur Civilprozessordnung vom 22. September 1899

(Ges. Samml. Seite 388) demjenigen Armenverbande ein Recht zur Stellung des Entmündigungsantrages wegen Verschwendung und wegen Trunksucht gewährt, dem die Fürsorge für den zu Entmündigenden im Falle seiner Hilfsbedürftigkeit obliegen würde. Ist diese Rechtsverleihung auch zunächst aus Gründen des öffentlichen Rechts erfolgt, um durch rechtzeitige Entmündigung der Verarmung und Unterstützungsbedürftigkeit des Verschwenders oder Trunksüchtigen vorzubeugen, so kann sie weiter, wenn von ihr nicht zu lässig Gebrauch gemacht wird, doch auch für die Privatinteressen sich segensreich erweisen; denn es ist bekannt, dass die sonst noch Antragsberechtigten, die Verwandten und der Ehegatte des zu Entmündigenden, häufig um des ehelichen oder Familien-Friedens willen, wie auch aus Furcht vor der Rache des Entmündigten, sich scheuen, den Entmündigungsantrag zu stellen, obwohl sie sich den drohenden wirthschaftlichen Zusammenbruch nicht verhehlen. Zugleich bildet dieses Antragsrecht des Armenverbandes einen Ersatz für das dem Staatsanwalt im Verfahren der Entmündigung wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht bedauerlicherweise nicht gewährte Recht, den Entmündigungsantrag zu stellen. Entmündigungen wegen Verschwendung sind verhältnissmässig selten; häufiger wird Veranlassung zur Entmündigung wegen Trunksucht vorliegen; zu besorgen ist, dass die Armenverbände so lange von ihrem Antragsrecht lässigen Gebrauch machen werden, als es an Trinkerheilanstalten fehlt, in welchen die Trunksüchtigen nöthigenfalls zwangsweise untergebracht und entweder der Heilung entgegengeführt, oder, wo sich dies als nicht erreichbar erweist, wenigstens durch ihre Festhaltung in der Anstalt auf mehr oder minder lange Zeit unschädlich gemacht werden können. —

Ausser den vorstehend unter No. 1—9 behandelten hat das Gesetz betreffend Aenderungen der Civilprozessordnung noch eine Anzahl weiterer Neuerungen bezw. Aenderungen für das Entmündungsverfahren eingeführt — so hinsichtlich der Antragsberechtigung, der Gerichtszuständigkeit, der Zustellung des Entmündungsbeschlusses, des Eintritts der Wirksamkeit der Entmündigung, des Beginnes der Rechtsmittelfristen — die jedoch für den Zweck dieses Aufsatzes nicht interessiren. Erwähnt sei deshalb nur, dass der die Entmündigung wegen Geistesschwäche aussprechende Beschluss — ebenso wie der die Entmündigung wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht aussprechende — auch dem Entmündigten selbst zugestellt werden muss. Der Gesetzgeber ging bei dieser Anordnung von der Auffassung aus, dass ein (nur) Geistesschwacher — nicht Geisteskranker — in gleicher Weise wie ein über sieben Jahre alter Minderjähriger, dem er in Ansehung der Geschäftsfähigkeit gleich gestellt ist (§ 114 B. G. B.: vergl. §§ 106 ff. das.), sich in der Lage befindet, von dem ihn betreffenden Beschlusse Kenntniss zu nehmen. — —

Wir schliessen und fassen unser Urtheil über die besprochenen, mit Beginn dieses Jahres in Kraft getretenen Neuerungen im Entmündigungsverfahren nochmals dahin zusammen: Dieselben gewährleisten dem zu Entmündigenden einen erhöhten Schutz gegen Fehlsprüche des Gerichts und eine vermehrte Sicherung für Wahrung seiner Interessen; sie enthalten insofern einen erheblichen Fortschritt gegenüber dem bisherigen Verfahren; erkauft wird dieser Vortheil durch für den Richter und theilweise auch für die gerichtlichen Sachverständigen erheblich vermehrte, zum Theil unnöthig erscheinende Arbeit und eine zu erwartende Verlangsamung des Verfahrens.

Referate.

Allgemeines.

Die Ausbreitung und der Ursprung der bösartigen Geschwülste.

Sammelbericht über einige neuere Arbeiten.

Kurz nachdem von verschiedenen Seiten die Aufmerksamkeit der Aerztewelt auf das Verhältniss zwischen Unfällen und der Entstehung bösartiger Geschwülste gelenkt worden ist — wir brauchen nur an die hochbedeutsame Arbeit Ribbert's, die 1898 in dieser Zeitschrift veröffentlicht wurde, und an den vorjährigen gleichfalls hier veröffentlichten Aufruf von Büngners zu erinnern — treten andere und noch wichtigere Fragen in den Vordergrund der Erörterung. Ein Zunehmen der bösartigen Geschwülste im Allgemeinen und ihre Häufung an bestimmten Orten wird behauptet, und auch hieraus ergiebt sich wieder eine dringende Veranlassung, die alte ungelöste Frage nach den Ursachen dieser Neubildungen aufs Neue aufzunehmen. Wir theilten in voriger Nummer bereits mit, dass sich ein Komitee zur Sammelforschung über den Krebs und ähnliche Geschwülste in Berlin gebildet hat. Was den gegenwärtigen Stand der Krebsforschung betrifft, so können wir im Allgemeinen auf die von Schütz-Frankfurt in der heutigen Nummer dieser Zeitschrift veröffentlichten Arbeit verweisen. Nur einige Aufsätze neuesten Datums, die auf diese Frage Bezug nehmen, müssen ergänzungsweise hier referirt werden.

F. Reiche veröffentlicht in No. 7 und 8 der Deutschen medizin. Wochenschrift Beiträge zur Statistik des Karzinoms. Er citirt eine Aufstellung von Williams, wonach in England in den letzten 56 Jahren das Verhältniss der Todesfälle an Krebs zu der Gesammtzahl der Todesfälle von 1 : 129 auf 1 : 22 allmählig gestiegen ist. Diese Steigerung hat das männliche weit mehr als das weibliche Geschlecht betroffen. Williams verwirft die Annahme, dass das Anwachsen der Karzinome nur ein scheinbares und dass die Zahlenunterschiede etwa blos auf die Fortschritte der Diagnostik zu schieben seien. Er führt vielmehr die Zunahme der Krebstodesfälle auf die unzweckmässiger werdende Lebensweise zurück.

Reiche hat eine Statistik über das Gebiet der Stadt Hamburg, wo seit 1831 alle Todesursachen ärztlich bescheinigt werden müssen, angefertigt. Von 1872 bis 1898 lagen dort bei 3,7 Prozent der Gesammttodesfälle bösartige Neubildungen vor. 1872 kam auf 1396 Lebende, 1898 auf 1022 Lebende ein an Krebs Verstorbener, in den Zwischenjahren, insbesondere von 1882 bis 1894 kamen aber erhebliche Schwankungen vor, z. B. betrug die Zahl 1886: 1083 und 1892: 1276. Wenn also Verfasser eine langsame Zunahme der Krebssterblichkeit auch für Hamburg behauptet, so muss betont werden, dass jedenfalls eine stetige Zunahme im Verhältniss zur Zahl der Bevölkerung nicht vorhanden war.

Aus den weiteren Zahlenreihen sei hervorgehoben, dass beim männlichen Geschlecht die Krebse des Verdauungstraktus mit 85,8 Prozent überwiegen, während ihre Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht sehr viel geringer ist und von der der Gebärmutter-, Eierstock- und Brustdrüsenkrebse übertroffen wird. (41,2 : 40 Prozent). Was das Alter der an Krebs Sterbenden betrifft, so liegt der Höhepunkt in der Altersklasse von 75 bis 80 Jahren. Zugenommen hat in den letzten 27 Jahren die Krebssterblichkeit bei Männern in den Jahren von 40 bis 55, bei Frauen in den Jahren von 45 bis 55, und zwar betrifft diese Zunahme relativ am Meisten den Magen- bezw. Gebärmutterkrebs.

Vom Gesichtspunkte einer bestimmten Theorie aus behandelt Sanitätsrath Dr. Behla in Luckau das Karzinom (Zeit-

schrift f. med. Beamte. 1900, No. 5). Er bringt Material für die Auffassung des Krebses als einer ansteckenden Krankheit bei. Zunächst verweist er auf frühere Beobachtungen von ihm und Anderen über die Häufung der Krebsfälle an manchen Orten, die angebliche Krebsfreiheit anderer Orte und zahlreiche Beobachtungen über das Vorkommen von Krebs bei je zwei in enger Gemeinschaft zusammenwohnender Individuen. Er selbst hat in Luckau, wo der Krebs besonders grassiren soll, nicht blos Häuser mit zwei, sondern auch solche mit drei und vier Krebskranken gesehen. Genauere Angaben, ob die Leute wirklich in den betreffenden Häusern erkrankt oder nur dort gestorben sind, sind freilich nicht gemacht. Zehn Fälle von Krebs unter Eheleuten, von denen beispielsweise der Mann eine Neubildung an der Niere, die Frau eine an der Leber hatte, werden von ihm aufgeführt. In fünf von diesen Fällen lagen die Erkrankungen freilich 6 bis 31 Jahre auseinander.

Verfasser kommt auf Grund dieser Beobachtungen, neben denen er noch eine Anzahl anderweitiger kasuistischer Belege, die hier nicht alle angeführt werden können, citirt, zu dem Schluss, dass das Karcinom in einzelnen Fällen ansteckend sein kann und dass als Träger der Ansteckung Wäsche, Speisegeräthe und Hände, auch wohl blutsaugendes Ungeziefer in Betracht kommt. Grade für die Kritik dieser Arbeit dürfte der Aufsatz von Schütz schätzbares Material liefern.

Hier wäre auch der Arbeiten von Sjölbrig und Podwyssotzki (Centralbl. f. pathol. Anat. 1900 No. 3 u. Centralbl. f. Bacteriologie 1900 No. 4) zu gedenken. S. giebt an, aus Carcinomen Amoeben bezw. Wurzelfüsser gezüchtet zu haben, deren Ueberimpfung auf weisse Mäuse viermal erfolgreich gewesen sei. P. impfte mit einem Kohl bewohnenden Parasiten Kaninchen und Meerschweinchen und erzielte bindegewebige Geschwülste, in deren sich lebhaft theilenden Zellen die Sporen des Parasiten sich fanden.

In einem zweiten in derselben Nummer enthaltenen Artikel: Zur Krebsstatistik stellt Behla einen Fragebogen für die zu veranstaltenden Enqueten auf, in welchem alle nur denkbaren ursächlichen Momente berücksichtigt sind: Der Einfluss der Gegend, der Jahreszeit, der Lebensweise, der Wohnung, die Nähe von stagnirendem Wasser, von Baum- und Strauchwerk, die Krankheiten, von welchen die Pflanzen und Thiere der betreffenden Gegenden befallen werden (cf. Podwyssotzki), etwa vorhergegangene Verletzungen und anderes mehr.

Ueber den ätiologischen Zusammenhang zwischen Trauma und der Entwickelung von Geschwülsten berichtet Dr. Hans Lengnick, Volontärassistent der königl. chir. Klinik in Königsberg. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 52, H. 3 und 4.)

Im Sinne der durch von Büngner angeregten Sammelforschung hat von Eiselsberg einen seiner Schüler beauftragt, die in der Klinik während eines gewissen Zeitraumes beobachteten Fälle von bösartigen Geschwülsten auf etwaige ursächliche Verletzungen hin kritisch zu durchmustern. Unter 579 Fällen fanden sich 31 in denen Verletzungen die Schuld an der Krankheit zugeschrieben wurde. Bei sieben davon liegt keine, bei den übrigen eine mehr oder minder grosse Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges vor.

Wichtiger als die Zahlenangaben ist die Mittheilung der einzelnen Krankengeschichten, von denen wir einige herausgreifen und kurz wiedergeben.

Eine Frau von 35 Jahren hat sich vor vier Jahren das rechte Kniegelenk verstaucht. Seither empfindet sie dauernd Schmerzen in dem Gelenk. Allmählich nahm es an Umfang zu, und der Unterschenkel wurde rechtwinklig eingezogen. Die Untersuchung ergab jetzt ein Knochengewebe enthaltendes Sarkom, das die Absetzung des Beines erforderte.

Ein neunzehnjähriges Mädchen erhielt vor $1^1/_2$ Jahren einen heftigen Stockschlag gegen den rechten Unterkiefer. Die Stelle blieb schmerzhaft. Nach einigen Wochen wurde am Unterkiefer ein rothes Knötchen bemerkt, das allmählich grösser wurde und schliesslich, da es sich als Fibrosarkom erwies, zur Operation nöthigte.

Ein bis dahin gesunder Mann von 55 Jahren stürzte aus der Höhe auf eine Leiter und quetschte sich dabei u. A. die Geschlechtstheile. Drei Monate lag er zu Bett. Nach dieser Zeit bemerkte er eine Vergrösserung des rechten Hodens, die mit der Zeit zunahm. Nach etwa 14 Monaten wurde der Hode wegen Sarkom entfernt.

Diesen Krankengeschichten schliesst sich eine Anzahl anderer an, die ähnliches Gepräge tragen — ihnen allen ist die einmalige Verletzung gemeinsam. Recht bemerkenswerth sind einige weitere, bei denen es sich um wiederholte Verletzungen oder dauernde Reize gehandelt hat.

Ein 25jähriger Hirte erlitt eine grosse Weichtheilwunde am rechten Oberschenkel. Diese wurde theils schlecht theils gar nicht verbunden und soll nie ganz zugeheilt sein. Nach $16^1/_2$ Jahren wuchs aus der alten Wunde eine Geschwulst heraus, die sich als Sarkom erwies.

Ein 50jähriger Mann hat sich vor zwei Jahren mit der linken Schienbeinkante an einem Holzklotz verletzt. Die thalergrosse Wunde hat sich angeblich nicht völlig geschlossen. Vor drei Monaten stiess der Mann sich heftig an dieselbe Stelle, hierauf entwickelte sich allmählich auf dem Boden der alten Wunde ein Hautkrebs.

In drei Fällen handelte es sich um Männer, welche Warzen bezw. Pusteln in ihrem Gesicht durch Kratzen und Reissen zu misshandeln pflegten — aus den Warzen wurden Melanosarkome, aus der Pustel, die an der Unterlippe sass, ein Lippenkrebs.

Zuletzt citirt L. noch zwei frühere Beobachtungen Eiselsbergs — Knorpelgeschwulst am Schulterblatt und Schilddrüsenkrebs nach entsprechenden Verletzungen — sowie einige andere ähnliche Fälle, unter Anderm den von Sick 1897 in dieser Zeitschrift veröffentlichten, bei dem einem Trauma ein Melanosarcom folgte.

Er gelang zu dem Ergebniss, dass zwar in verhältnissmässig auffallend wenigen Fällen seiner Statistik Verletzungen als Ursache der Geschwulstbildung wahrscheinlich gemacht werden konnten, dass man sich aber für einige der Fälle zum mindesten der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges nicht verschliessen kann.

Ueber den Nachweis von Arsen auf biologischem Wege in den Hautschuppen, Haaren, Schweiss und Urin.

Von Dr. W. Scholtz, Ass. a. d. kgl. dermat. Klin. zu Breslau.
(B. klin. Woch. 1899 No. 42.)

Die hauptsächlich zum Zweck theoretischer Aufklärung unternommenen Versuche dürften auch für den Gerichtsarzt von erheblichem Interesse sein.

Verf. sammelte von Kranken, die wegen Psoriasis innerlich mit Arsen behandelt waren, zunächst Hautschuppen und untersuchte sie nach Marsh, ohne Ergebniss. Dann versetzte er mit Hautschuppen der gleichen Herkunft Nähr-Agar und impfte darauf den Schimmelpilz Penicillium brevicaule, der die Eigenart hat, auf arsenhaltigen Nährböden knoblauchartig riechende Gase abzuspalten — nach zwei Tagen war der Knoblauchgestank sehr deutlich. In gleicher Weise wirkten die Haare der Kranken. (Kontrolversuche mit nicht arsenhaltigem Stoff wurden nicht unterlassen, ergaben aber, wie zu

erwarten war, nichts Positives.) Schon $^{1}/_{10}$ g Haare oder Schuppen genügte für die Reaktion. Geradezu mit Arsenlösungen angestellte Proben ergaben, dass sich auf diese Weise bereits $^{1}/_{300}$ bis $^{1}/_{500}$ Milligramm Arsenik nachweisen lässt. Auch Schweiss und Harn waren in einzelnen Fällen für die Probe verwendbar, Speichel nicht.

Neurologie.

Ein Beitrag zur Entstehung der Erkrankungen des Centralnervensystems, in specie der multiplen Sklerose, durch Trauma.

Von Dr. Coester-Wiesbaden.

(Berliner Klinische Wochenschr. 1899. No. 43.)

Ohne viel Besonderes zu bieten, ist der Fall C.'s ein ziemlich klarer neuer Beleg für die Möglichkeit der Entstehung einer multiplen Hirn- und Rückenmarkssklerose durch Unfall.

Ein bisher gesunder Arbeiter in mittleren Jahren wird von gefrorenen Erdmassen im Rücken getroffen und zu Boden geworfen, wobei er sich einen Knöchelbruch zuzieht. Der Fuss heilte schlecht, Schmerzen beim Gehen blieben zurück. Der Verletzte wurde nie wieder voll erwerbsfähig. Etwa ein Vierteljahr nach der Verletzung klagte er, nach etwa einstündigem Gehen ermüde er. Der Arzt stellte eine Entzündung des Fussgelenks fest. Im nächsten Monat soll der Gang des Verletzten einem Aufseher so aufgefallen sein, dass er den Verletzten irrthümlich für betrunken hielt. Wieder ein Vierteljahr später wurde ärztlich festgestellt, dass er keinen sicheren Tritt habe. Noch nicht $^{3}/_{4}$ Jahr nach dem Unfall wurde eine Rückenmarkskrankheit, gekennzeichnet durch lähmungsartige Schwäche der Beine, unsicheren, taumelnden Gang und Ataxie, erkannt. Seitdem sind sieben Jahre vergangen, der Mann ist ganz hilflos geworden. Seine Sprache ist abgehackt, er weint häufig ohne Ursache, es besteht Zitterkrampf der Augäpfel, die Hände zittern gleichfalls, besonders wenn ein Gegenstand erfasst werden soll. Lähmungsartige Schwäche findet sich an allen Gliedmassen, an den unteren ist sie mit abnormer Muskelspannung verbunden, das Hautgefühl ist gestört, Blase und Mastdarm arbeiten gut.

Gegenüber den Gutachten anderer Aerzte hat C. den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Rückenmarkskrankheit, deren Art keinem Zweifel unterlag, und dem 1890 erlittenen Unfall durchaus anerkannt. Die Begründung des Urtheils ergiebt sich aus der Krankheitsbeschreibung.

Ein Fall von multipler Sclerose nach einem Trauma.

Von Dr. Blenke-Magdeburg.

(Mon. f. Unf. 1900 No. 2.)

Ein Herr in mittleren Jahren, kein Rentenbewerber, der aus sehr gesunder Familie stammt und gesunde Kinder hat, fällt mit einer Trittleiter um und stürzt grade auf den Rücken. In den ersten Tagen traten nur geringe Beschwerden ein, bald aber macht sich, vereint mit Kopf- und Gliederschmerzen, ein Schwindelgefühl geltend, die Arme fangen an zu zittern und der Gang wird schlechter. Nach zwei Jahren sieht der Verfasser ihn mit allen Zeichen der multipler sclerose behaftet. Es fehlt weder das Zittern der Augäpfel noch das der Arme, das bei gewollten Bewegungen sich erheblich verstärkt, die Sehnenreflexe sind mächtig gesteigert, der Gang ist spastisch, die Sprache abgehackt; ferner besteht zeitweise zwangsmässiges Lachen. Das Hautgefühl ist, ebenso wie die Thätigkeit der Blase und des Mastdarmes, ungestört.

Hier kann an der Richtigkeit der Diagnose schwerlich ein Zweifel bestehen und die Annahme eines Traumas als Ursache ist gut begründet.

Zur Lehre der Nervenkrankheiten.

Von Dr. Hauck-Forst i. L.

(Die ärztliche Praxis No. 3, 1900.)

Die sogenannte Friedreich'sche Krankheit wurde von Friedreich selbst „hereditäre Ataxie" genannt. Dass aber das Beiwort „hereditär" nicht immer zutreffend ist, beweist der vom Verfasser mitgetheilte Fall, in welchem ein siebenjähriger Knabe die Friedreich'sche Krankheit bekam, dessen Grosseltern, Eltern und Geschwister völlig gesund waren. Die erste Erscheinung, die auftrat, war Ataxie der Beine, die sich beim Gehen bemerkbar machte: der Knabe ging breitbeinig, strauchelte, knickte zusammen. Nach kaum einem Jahr war das Gehen ganz unmöglich geworden. Die Ataxie griff dann auf die Arme und die Nackenmuskulatur über; die Patellarreflexe waren geschwunden, dagegen blieben stets normal erhalten: die Sensibilität, die Sinnesorgane, die Blasenfunktionen. Nach einigen Jahren trat Nystagmus ein und langsame, schwerfällige Sprache. Die Atrophie der Muskeln war schliesslich so ausgebildet, dass der Kranke den Anblick bot, als bestehe er aus Haut und Knochen. Die Knochen der Extremitäten blieben im Wachsthum zurück, wurden dünn, gebogen, gleich unter der Haut rings abtastbar. Die Füsse standen in Spitzfussstellung; hochgradige Skoliose. Die Intelligenz blieb bis zum Tode normal; der Knabe starb im vierzehnten Lebensjahr an Influenza mit Bronchopneumonie. —y.

Innere Medizin.

Ueber einige seltenere Ursachen der Schlaflosigkeit.

Von Professor H. Oppenheim.

(Berl. klin. Wochenschrift. 1899. No. 49.)

Der Aufsatz giebt mehr als der Titel verspricht. Denn er enthält, abgesehen von den Einflüssen der Hirn- und Kreislaufskrankheiten, der Vergiftungen, des Fiebers und des Greisenalters, eine Zusammenstellung aller derjenigen krankhaften Erscheinungen, welche unmittelbar das Einschlafen zu verhindern oder zur Unterbrechung des Schlafes zu führen pflegen.

Verf. unterscheidet als erste Art der Schlaflosigkeit die psychogene, bei der krankhafte Seelenzustände, ausgeprägte Gemüthskrankheiten, aber auch mit Vorliebe Zwangsvorstellungen oder auch nur eine übergrosse Lebhaftigkeit der seelischen Bethätigung den Schlaf scheuchen. Es folgt die dolorose oder algogene Form: Schmerzen aller Art halten den Kranken wach, oft fangen sie erst im Bett, bei den veränderten Kreislaufsverhältnissen, der erhöhten Aufmerksamkeit des Kranken u. s. w. an, quälend zu werden. Ihnen schliessen sich allerlei andere unangenehme Gefühle an, die im Bett stärker werden: Juckreiz, besonders das Afterjucken, Nesselsucht, Hitze- und Kälteempfindungen, nervöses Ohrensausen. Selten liegen die störenden Gefühle auf dem Gebiete des Gesichtssinns, noch seltener auf dem des Geruchs oder Geschmacks. Sehr wichtig ist dagegen das abendliche Auftreten von Magendarmbeschwerden, insbesondere solcher nervöser Natur: Geblähtsein, Aufstossen und dergleichen. Das nervöse Herzklopfen bezw. das unangenehm empfundene Pochen des Blutes in den Ohren, am Halse u. s. w. ist von ähnlicher Wirkung. Ein ganz anderes Gebiet betreten wir mit den motorischen Reizerscheinungen, die sich im Halbschlummer in Form von Zuckungen, schreckhaftem Zusammenfahren und, wenn auch seltener, als Muskelzittern geltend machen. Störungen der Drüsenthätigkeit kommen selten in Frage, am ehesten übermässiges Schwitzen gelegentlich auch Speichelfluss und übermässige Harnabsonderung. Die Geschlechtsthätigkeit wirkt meist auf den Umweg über das Seelenleben schlafhindernd. Die im Schla

ohne Wollustgefühl manchmal entstehenden lästigen Erektionen gehören jedoch auch hierher.

Mit besonderem Nachdruck soll auf die Ursachen der Schlaflosigkeit hingewiesen werden, die der Schlaf selbst, nicht die Bettruhe, nicht die Nacht, erst erschafft und erzeugt. Sie sind bisher zu wenig gewürdigt worden.

Alpdrücken, nächtliche Angstgefühle — das sind bekannte Dinge. Aber der Schlaf kann auch durch Verlangsamung und Abschwächung der die Verdauung regelnden Kräfte unter krankhaften Verhältnissen zu starken Magendarmbeschwerden Anlass geben, die ihn unterbrechen. Gewisse anfallsweise auftretende Schmerzen — Gürtel-, Hinterhaupt-, Magengrubenschmerz — u. s. w. sind in einzelnen Fällen an den Schlaf gebunden, sie treten nicht im Wachen bei Rückenlage, wohl aber auch während des Mittagsschlafs auf. O. glaubt, dass die im Schlafe veränderte Thätigkeit der Nervencentren diese Schmerzen, wie die nur im Schlafe vorkommenden epileptischen Anfälle, auslöst. In anderen Fällen mag es sich um Sinnestäuschungen im Traume handeln, die Schmerzen vorspiegeln.

Den Schluss der auf eine Fülle feiner Beobachtungen gegründeten Arbeit bilden die Krankengeschichten zweier Personen, bei denen im Schlafe Puls und Athmung schwer beeinträchtigt wurden. Beide Male handelte es sich um Frauen. Bei der einen schloss sich das Leiden an eine Influenza-Lungenentzündung an. Sobald die Kranke wach war, befanden sich Puls und Athmung in bester Ordnung. Sobald sie aber einschlief. setzte nach kurzer Zeit Puls und Athmung in bedrohlicher Weise aus. Acht bis zehn Nächte musste die Bedauernswerthe künstlich wach erhalten werden. Dann wurden die Anfälle seltener und schwanden nach vierzehn Tagen ganz. Herzanregungsmittel waren wirkungslos gewesen. O. nimmt an, dass hier die Wirkung von Toxinen auf das verlängerte Mark im Spiele war.

Anders deutet er den zweiten Fall. Eine bis dahin gesunde Frau ist vor sechs Wochen durch eine Trauernachricht erschreckt worden. Seitdem wird sie nachts alle viertel bis halben Stunden durch eine Art krampfhafter Athemnoth erweckt. Die Untersuchung ergiebt nichts Krankhaftes ausser zahlreichen Blutungen in die Lider und Bindehäute. Eine sehr genaue Beobachtung in der Klinik zeigt, dass sich die Kranke mitten aus tiefem Schlaf nachts oder mittags regelmässig in den angegebenen Zeitabständen plötzlich mit krampfhaft gespannter Hals-, Nacken-, Rumpf- und Arm-Muskulatur und fest geschlossenen Augen aufrichtet, ohne bei Bewusstsein zu sein; sie drängt gewaltsam aus dem Bette, der Puls ist dabei beschleunigt, die Athmung hat etwas krampfhaftes. Nach einer bis einundeinhalb Minuten wacht sie auf, stöhnt und schläft gleich wieder ein. Im Beginn des Anfalles reagirt sie auf schmerzhafte Reize nicht. Aengstliche Träume sollen nicht vorhergehen. Verf. nahm entweder Epilepsie oder Hysterie als Ursache der Träume an. Suggestion in der Hypnose hatte keinen Erfolg. Unter Darreichung von Brompräparaten trat Heilung in wenigen Wochen ein, die dann nach Weglassung des Arzneimittels anhielt. Grade diese prompte und anhaltende Wirkung einer kurzdauernden Bromkur lässt den Verf. jetzt nicht mehr an der Diagnose Hysterie zweifeln.

Ueber ischaemische Schmerzen.

Ein Beitrag zur Symptomatologie der Arteriosklerose von Dr. Benno Markwald-Giessen.

(Zeitschrift für praktische Aerzte No. 3, 1900.)

Zu den bisher bekannten Krankheitserscheinungen, welche durch Ischaemie hervorgerufen werden, wie Migraene, Flimmerskotom, Angina pectoris u. a., fügt Verf. einen neuen Symptomencomplex, der ebenfalls durch Ischaemie, und zwar auf arteriosklerotischer Grundlage erzeugt wird, nämlich das Auftreten heftiger Anfälle von Schmerzen in der Magengegend mit Uebelkeit und Erbrechen, bisweilen sogar Bluterbrechen. Ein typischer Fall dieser Art, bei dem die Richtigkeit der Diagnose durch den entsprechenden Obduktionsfund erwiesen wurde, wird ausführlicher mitgetheilt. Die Diagnose einer Arteriosklerose der Arteria coeliaca gründete sich neben den allgemeinen Merkmalen darauf, dass die anfallsweise auftretenden Magenschmerzen mit Beklemmungen einhergingen, und die Zeichen eines organischen Magenleidens, namentlich auch ausgesprochene Zeichen eines Ulcus, fehlten. — y.

Zwei Fälle von Tetanus mit Antitoxin behandelt.

Aus dem Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten in Bern. Mitgetheilt von Tavel.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 4, 1900.)

Die Frage, ob die Serumtherapie beim Tetanus grosse Aussichten auf Erfolg bietet, muss vor der Hand noch in suspenso bleiben. Auch der vorliegende kleine casuistische Beitrag beweist nichts für die Entscheidung dieser Frage. Der eine der beiden Fälle endigte letal, verlief aber so akut, dass „von vorneherein nicht viel Hoffnung einer Rettung vorhanden sein konnte." Der andere Fall wurde hingegen in Heilung übergeführt, ob dank dem Serum, ist keineswegs leicht ersichtlich, wenngleich Verf. sich für berechtigt hält, den günstigen Verlauf auf die Wirksamkeit der Serumtherapie zu beziehen. Damit der Leser sich selbst ein objektives Urtheil bilden kann, mögen die kurzen Daten der Krankengeschichte hier folgen: Pat. bekam vor 27 Tagen mit einem Dreschflegel einen Schlag auf den Kopf. Die klaffende, 6 cm lange Wunde blutete stark, wurde aber nur mit kaltem Wasser ausgewaschen. Da sie keine weiteren Beschwerden verursachte und ausheilte, wurde eine ärztliche Behandlung nicht für nöthig erachtet. Vor 10 Tagen, also 17 Tage nach dem Unfall, fiel es dem sonst völlig gesunden Patienten auf, dass das rechte obere Augenlid nicht mehr so frei bewegt werden konnte, wie früher. Am folgenden Tage empfand er eine eigenthümliche Sperre im Unterkiefer, die im Verlauf der folgenden fünf Tage derart zunahm, dass die obere und untere Zahnreihe beständig fest aufeinander lagen. Der Schluckakt war nicht wesentlich gehindert; darauf trat im Nacken, Rücken und dann auch in den unteren Extremitäten eine allmählich zunehmende Starre ein, verbunden mit heftigen, anfallsweise auftretenden Schmerzen im ganzen Körper; vor 5 Tagen wurden endlich auch die Arme starr und schwer beweglich. Pat. vermied jede Körperbewegung, weil dieselbe neben einer stärkeren Spannung der Muskulatur sofort einen reissenden Schmerz von kurzer Dauer im ganzen Körper zur Folge hatte. Diese Anfälle, verbunden mit schwerer Athemnoth, wiederholten sich manchmal alle 2—3 Minuten. Erst vor 5 Tagen unterzog sich der Kranke endlich ärztlicher Behandlung und bekam 2stündlich 1 Esslöffel von: Chloral 15,0, Morph. 0,3, Aq. 200. Schon am folgenden Tage Besserung: Pat. konnte den Mund wieder so weit aufmachen, dass die Schneidezähne 1 cm von einander entfernt waren. Die Arme wurden wieder gut beweglich, die Anfälle bedeutend seltener, hingegen blieb die Starre im Rücken und den unteren Extremitäten unverändert. Wie die Anfälle nach einigen Tagen wieder bedeutend häufiger wurden, wird eine intracerebrale Injektion von 10 ccm Berner Antitetanus-Serum, 1 : 2 Milliarden, nach der Kocher'schen Methode und eine intravenöse Injektion von 50 ccm Serum in die Mediana gemacht. Die Krämpfe lassen aber doch nicht wesentlich nach, so dass am Abend nochmals 30 ccm intravenös injicirt werden. Am folgenden Tage sind die Krämpfe noch häufig, die Starre anhaltend bei frequentem Puls, aber Fehlen von Temperaturerhöhung. Es wird nach der

Bacelli'schen Methode angefangen mit 2stündlichen Injektionen von 1 ccm einer 3 prozentigen Karbollösung. Pat. geht es in den nächsten Tagen progressiv besser und er wird bald geheilt entlassen. — y.

Ein Fall von Tetanie bei Scharlach im Kindesalter.

Von Kreisphysikus Dr. Kühn-Uslar.
(B. Kl. W. 1899 No. 39.)

Ein Knabe von $4^1/_2$ Jahren erkrankte mit einer eigenthümlichen Steifheit der Beine, zu der sich bald Fieber gesellt haben soll. In den folgenden Tagen soll anfallsweise eine Starrheit des ganzen Körpers bestanden haben. Schliesslich wurde das Kind in einem stark schütternden Wagen 2 Stunden weit zum Arzt gefahren. Dieser fand einen ausgesprochenen Starrkrampf in den Kniebacken, der Nacken-, Schulter-, Oberarm-Muskulatur und in den Streckmuskeln der Beine, gleichzeitig aber auch einen deutlichen Scharlachausschlag. Versuche, die Glieder passiv zu bewegen, führten, ebenso wie Beklopfen der Nerven oder Muskeln, zu starken, langdauernden Krampfzuständen. Die Temperatur betrug 37,5, der Puls 100. Nach und nach verminderte sich in den folgenden Tagen die Krampfneigung, während gleichzeitig eine Abschuppung der Haut vor sich ging. Etwa 6 Wochen nach Beginn der Krankheit erinnerte nur noch die Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe an das überstandene schwere Leiden.

Die Erscheinungen am Nervensystem waren als Tetanie zu deuten, sie stimmten zwar nicht mit dem gewöhnlichen Bilde dieser Krankheit, bei dem es nur zu kurzen, vorübergehenden Muskelkrämpfen kommt, überein, wohl aber mit der selteneren Abart (Escherich), die durch anhaltende Gliederstarre gekennzeichnet ist. Fälle dieser Art kommen theils ohne erkennbare Ursache, auch wohl epidemisch, theils bei Magen-, Darm- oder Stoffwechsel-Krankheiten, theils endlich bei Infektions-Krankheiten vor, bei den letzteren entweder im Beginn als Vergiftungszeichen oder im weiteren Verlauf als Erschöpfungsfolgen. Im vorliegenden Falle nimmt Verfasser den Scharlach als Grundkrankheit für erwiesen an und meint, dass das Scharlachgift auf Grund einer erblichen Veranlagung zu Nervenkrankheiten — die Grossmutter des Kindes war geisteskrank — bei dem Kinde die Tetanie ausgelöst hat.

Die auffallende Thatsache, dass während der Blüthe des Scharlachausschlages kein Fieber bestand, wird durch den Temperatur vermindernden Einfluss der Tetanie erklärt, den Verfasser aus dem Vorkommen von Untertemperaturen gerade bei dieser Krankheit folgert.

Epileptiforme Anfälle in der Rekonvaleszenz eines Unterleibstyphus.

Von Professor Dr. Mühlig-Konstantinopel.
(Münch. M. W. 1900 No. 7.)

Ein 23jähriger, erblich nicht belasteter, bisher gesunder Mann verfiel in einen mittelschweren Unterleibstyphus, der regelmässig verlief. Am 20. Tage nach der Entfieberung trat plötzlich, ohne alle Vorboten, ein Anfall von Bewustlosigkeit mit Starre und Erweiterung der Pupillen und mit Muskelkrämpfen ein, die im 4. und 5. Finger der linken Hand beginnend auf den gesammten Körper übergingen. Der erste Anfall dauerte $^1/_2$ Stunde, ihm folgten noch 3 weitere von je 20, 10 und 60 Minuten innerhalb der nächsten 15 Stunden. An diesem Tage und in der nächsten Zeit klagte der Kranke über Kribbeln und Ameisenlaufen in eben jenen beiden Fingern. Die Anfälle wiederholten sich später nicht, Herz und Nieren waren ohne krankhaften Befund. Es trat völlige Genesung ein.

Verfasser will eine Deutung dieses seltsamen Zusammentreffens nicht versuchen.

Vergiftungen.

Ueber akute Bleivergiftung.

Von Priv.-Doz. Dr. W. Zinn, Ass. A. d. II. Med. Univ.-Klinik in Berlin.
(Berliner Klinische Wochenschr. 1900. No. 50.)

Die äusserst seltene Erkrankung war in dem von Z. beobachteten Falle, bei einer erwachsenen Frau, dadurch herbeigeführt worden, dass sie statt Bullrichs Salz versehentlich einen Theelöffel „Silberglätte“ = Bleioxyd nahm. Da sie erst drei Wochen nachher in die Klinik kam, liegen über die Anfangserscheinungen der Vergiftung nur ihre eigenen Angaben vor.

Sechs Stunden nach Aufnahme des Giftes ist heftiges Erbrechen mit Schmerzen im Leibe, wechselndem Kälte- und Hitzegefühl eingetreten, das in den folgenden Wochen immer wiederkehrte. Gleichzeitig bestand Stuhlverstopfung. Der Urin war in den ersten Tagen dunkel und hatte einen rothen Bodensatz. Die Kräfte schwanden mehr und mehr. Endlich entschloss die Frau sich, ins Krankenhaus zu gehen.

Hier wurde sofort ein deutlicher Bleisaum am Zahnfleisch bemerkt. Der Leib war eingezogen, der Puls gespannt, seine Zahl in erbrechensfreien Zeiten 66—68, Nieren und Nervensystem waren frei von Abweichungen.

Im Urin liess sich in den ersten Tagen etwas Blei deutlich nachweisen, im Stuhlgang nicht.

Scheinbar war die Kranke bereits nach wenig über zwei Wochen geheilt, acht Tage später erlitt sie aber eine Fehlgeburt, und gleichzeitig kehrten Kolikschmerzen und Erbrechen wieder, ohne dass jetzt in den Ausscheidungen Blei gefunden werden konnte. Nach weiteren vier Wochen war die endgiltige Genesung vollendet.

Der Fall liegt im Allgemeinen klar. Ob gerade die Fehlgeburt auf Rechnung der Vergiftung zu setzen ist, bleibt allerdings zweifelhaft, denn die Kranke hat vorher schon acht Mal abortirt. Gegen die Deutung der Krankheit als einer Bleivergiftung wäre höchstens ein Einwand möglich: Silberglätte ist oft mit Schwerspat, schwefelsaurem Baryt, verfälscht, und dieser war auch hier in dem von der Kranken genommenen Pulver zu ein Viertel des Gewichts enthalten. Das Krankheitsbild der Barytvergiftung ist dem der Bleivergiftung sehr ähnlich. Da aber in dem eingenommenen Pulver das Blei an Gewicht stark überwog, wird auch angenommen werden müssen, dass es mindestens den grössten Antheil an dem folgenden Leiden hatte.

Ueber Fleischvergiftung und Fleischkonservirung.

Von Dr. W. Silberschmidt-Zürich.
(Corresspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 4, 1900.)

Den nachfolgenden Erörterungen liegt eine Massenvergiftung zu Grunde, die auf den Genuss von „Landjägern“, einer gewissen Wurstsorte, zurückzuführen war. Die Krankheitserscheinungen waren diejenigen einer schweren Magendarmaffektion: sehr starke, zum Theil krampfartige Leibschmerzen, profuse Diarrhöen, Erbrechen, Fieber, schwerkrankes Aussehen, Mattigkeit, Wadenkrämpfe. Die Krankheit dauerte durchschnittlich vierzehn Tage und ging, mit einer Ausnahme, in Genesung über. Die Sektion ergab in dem Todesfall unter Anderem Schwellung der Mesenterialdrüsen, Darmschleimhaut stellenweise arrodirt, Solitärfollikel stark geschwellt. Die ätiologische Bedeutung der „Landjäger“ für die vorliegende Massenerkrankung wurde noch bewiesen durch den Umstand, dass ausser den 27 16 ähnliche Erkrankungsfälle gemeldet wurden, welche alle Patienten betrafen, die Würste aus derselben Quelle genossen hatten. Die bei dem in Frage kommenden Metzger gemachten

Erhebungen führten zu folgenden Ergebnissen: Für die Herstellung der Würste war das Fleisch von zwei Kühen verwendet worden, die am 28. August und 1. September geschlachtet worden waren. (Die Massenerkrankung ereignete sich anfangs September, ein genaueres Datum ist nicht angegeben.) Für beide Thiere lautete das thierärztliche Gutachten „unbedingt geniessbar“. Das für die Herstellung der Würste verwendete Fett wurde etwa Mitte August gekauft, mit Konservensalz vermengt und bei niedriger Temperatur aufbewahrt, so dass dasselbe nach Angabe des Metzgers am 1. September noch ganz frisch gewesen sei. Am Tage der Herstellung herrschte grosse Hitze. Das Aussehen der Würste war normal; der Wirth, der sie verabfolgte, erklärt, dieselben seien schmackhaft und gut riechend gewesen, nur etwas weich. Die chemische Untersuchung blieb ohne Ergebniss. Die beschlagnahmten Würste wurden behufs bakteriologischer Untersuchung dem Verf. übersandt. Es fiel auf, dass, während auf der gewöhnlichen Schnittfläche nichts Abnormes zu riechen war, der Geruch beim Aufschneiden in der Längsrichtung ranzig war. Dieser ranzige Geruch trat sehr deutlich an den herausgeholten Fettstückchen hervor. Die fraglichen Würste wurden wiederholt bakteriologisch untersucht, und zwar gleichzeitig mit anderen, angeblich guten. Auffallend war zunächst, dass in den Kulturen der verdächtigen Würste viel mehr Kolonien zur Entwickelung kamen, als in den Kontrolkulturen, und dass speziell ziemlich viele, die Gelatine verflüssigende Kolonien vorhanden waren. Letztere wurden gebildet von einem bei Fäulnissprozessen häufig vorkommenden Mikroorganismus, dem Proteus vulgaris. Daneben kamen in den Bouillonkulturen noch Streptokokken zur Entwickelung. Spezifische Krankheitserreger (Milzbrand etc.) konnten nicht nachgewiesen werden. Die mit den verdächtigen Würsten und mit deren Kulturen vorgenommenen Thierversuche ergaben keine verwerthbaren Resultate. Nach seinen Untersuchungen kommt S. zu der Annahme, dass die schädliche Wirkung der Würste der Verwendung von nicht frischem Material und der ungenügenden Räucherung derselben zuzuschreiben ist. Ob das Fett oder ob das Fleisch schon im Zustande der deutlichen Zersetzung waren, lässt sich nachträglich nicht feststellen, Thatsache ist aber, dass durch die Räucherung der unangenehme Geschmack und Geruch wohl verdeckt wurden, dass aber die in den Würsten vorhandenen Fäulnissbakterien nicht abgetötet worden waren.

Im Anschluss an diesen kasuistischen Beitrag zum Kapitel „Fleischvergiftung“ bespricht S. die verschiedenen Methoden der Konservirung von Fleischwaaren, das Pökeln, Räuchern etc. Es ist als festgestellt zu betrachten, dass die Mikroorganismen im Stande sind, bei relativ hohem Kochsalzgehalt sich weiter zu entwickeln. So fand Stadler, dass Coli und Proteus erst bei einem Gehalte von 7 bis 8, resp. 8 bis 10 Prozent Na Cl in ihrer Entwickelung gehemmt werden, und dass Coli nach 6 Wochen langem Aufenthalt in konzentrirten Kochsalzlösungen noch lebensfähig war. Petterson giebt an, dass in Fleisch- und Fischpräparaten mit weniger als 15 Prozent Kochsalzgehalt konstant und reichlich Vegetationen von Mikroorganismen gedeihen. Der Kochsalzgehalt von Fleisch und Wurstwaaren ist verschieden; ein Schinken schmeckt schon bei 6 Prozent stark salzig. Man muss annehmen, dass im Fleische bereits vorhandene Mikroorganismen durch das Pökeln nicht mit Bestimmtheit abgetötet werden. Der Rauch übt eine deutliche bakterientötende Wirkung aus, hingegen ist die Tiefenwirkung nicht bemerkenswerth. Wiederholt sind Fäulnissprozesse in geräuchertem Fleische beobachtet worden, ebenso wie spezifisch pathogene Bakterien in ihm nachgewiesen werden konnten. Die Beurtheilung von Fleischwaaren ist eine recht schwierige und die diesbezüglichen Bestimmungen sind als unzulänglich zu bezeichnen. Auch unsere Kenntnisse der bei der Fleischvergiftung in Betracht kommenden Momente sind noch ungenügende. — y.

Gynäkologie.

Ueber Perforation des Uterus bei gynaekologischen Eingriffen.

Von Doc. Dr. Richard Braun-Fernwald in Wien.
(Wiener medizinische Presse No. 6, 1900.)

Die meisten Uterusperforationen ereignen sich bei der Excochleation und bei der instrumentalen Placentarlösung, seltener kommt die Perforation der Uteruswand durch Dilatationsinstrumente zu Stande und wohl noch weniger häufig führt die Sonde zu dieser Verletzung, weil die Sondirungen der Gebärmutter gegenwärtig auf das geringste Mass eingeschränkt sind und die früher gebräuchliche Aufrichtung des retroflektirten Uterus mittels Sonde jetzt durch die manuelle Reposition ersetzt ist. Bei streng aseptischem Vorgehen sind Perforationen der Gebärmutterwand durch die Sonde übrigens nicht gefährlich und werden sogar sehr oft übersehen, da sie symptomlos verlaufen. Bei der Excochleation ereignet sich eine Uterusperforation besonders dann leicht, wenn der Cervicalkanal vorher nicht dilatirt wurde. Für das Curettement sind grosse, stumpfe Löffel, besonders die schlingenförmige Curette, empfehlenswerth. Placentarreste sollten möglichst mit der Hand entfernt werden. Die gefährlichsten Perforationen können bei der Entfernung von Placentarresten mit der Kornzange entstehen; es sind sogar Fälle bekannt geworden, in welchen nach Perforation des Uterus mit diesem Instrument Darmschlingen vorgezogen wurden. Beim Zustandekommen der Perforation spielt die Beschaffenheit der Uteruswandung eine grosse Rolle. Der puerperale Uterus, besonders wenn er septisch infizirt ist, kann leicht perforirt werden. Praedisponirende Momente geben ferner ab: Blasenmole, Myome, maligne Neubildungen, Atrophie und oedematöse Durchtränkung des Uterus. Die Behandlung der Perforation besteht in Bettruhe, in septischen Fällen bei drohenden Symptomen in vaginaler Exstirpation der Gebärmutter. Irrigationen sind beim Verdacht einer Perforation kontraindizirt, bei Blutung ist der Uterus zu tamponiren. Falls der Darm durch die Perforationsöffnung vorgezogen wurde, sollte man immer laparotomiren, um sich über den Zustand des Darmes zu unterrichten. — y.

Ohren.

Ueber den Nachweis einseitiger Taubheit.

Von Oberstabsarzt Dr. Hummel-München.
(Dtsch. milit.-ärztl. Zeitschr. 1899. Heft 12.)

Für den ärztlichen Sachverständigen sind die Fälle, in denen er bei einer Hörprüfung Grund hat, die Zuverlässigkeit der Angaben des Untersuchten als fraglich anzusehen, die weitaus häufigeren; und diese Fälle sind es, auf die sich des Verfassers Ausführungen beziehen.

H. empfiehlt, bei angeblicher Taubheit eines Ohres beide Ohren gleichzeitig und mit einem für jedes Ohr verschiedenen Text zu prüfen. Dem wirklich einseitig Tauben wird es mühelos gelingen, den dabei in das nicht taube Ohr gesprochenen Text sofort nachzusprechen; derjenige dagegen, welcher beiderseits hört, bekommt zu gleicher Zeit zwei verschiedene Gehörseindrücke, die sich in seinem Bewusstsein sofort vermischen und ihn verwirren. Zwar gelingt es einem aufmerksamen Untersuchten trotz guter Hörfähigkeit beider Ohren, eine Zeit lang nur das zu wiederholen, was er auf dem Ohre, dem er seine Aufmerksamkeit zuwendet, gehört hat; aber nach kurzer

Zeit tritt Erschlaffung ein, und er wiederholt dann auch Worte, die ihm in das angeblich taube Ohr geflüstert worden sind.

Zur Ausführung der Untersuchung gehören zwei Untersucher, deren jeder in einen Hörschlauch spricht; die beiden Hörschläuche, 70 cm lang, werden von einem Assistenten in je ein Ohr des Untersuchten gehalten. Beide Untersucher, die allerdings gut aufeinander eingeübt sein müssen, flüstern gleichzeitig in gleichem Tempo und mit möglichst gleicher Intensität Sätze vor, die der Prüfling sofort nachzusprechen hat. Die Sätze sind gleich lang, z. B.: Wie kalt weht doch der Wind — und: Wie frisch ist heut die Luft. Auch empfiehlt es sich, in das eine Ohr einen Satz zu flüstern mit Auslassung eines Wortes, das sich an ungefähr entsprechender Stelle in dem Satze für das andere Ohr vorfindet, z. B.: „Der Hirsch — über die Grenze" und für das taube Ohr gleichzeitig: „Der Mond geht unter die Wolken". Oder auch für das gesunde Ohr: „Der Bauer hält — — am Horn", und für das angeblich taube Ohr: „Der Bauer hält die Kuh am Horn." Der Simulant wird dann Worte, die ihm in das angeblich kranke Ohr geflüstert worden sind, schliesslich zur Ergänzung der in das gesunde Ohr geflüsterten Sätze richtig mit heranziehen. Das Verfahren erscheint in der That geeignet, Vortäuschung einseitiger Taubheit zu entlarven, während es allerdings in den viel häufigeren Fällen der Vortäuschung oder Uebertreibung einseitiger Schwerhörigkeit versagt. Jedenfalls empfiehlt es sich, gegebenen Falles die interessanten Ausführungen des Verf. im Einzelnen, namentlich auch hinsichtlich seiner „Zuverlässigkeitsproben", im Original nachzulesen.

Richard Müller.

Ein neuer Fall von Mastoiditis bei einem Diabetiker.

(Aus der Ohren- und Kehlkopfklinik in Rostock.)
Von Dr. Muck, Assistent.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XXXV, Heft 3.)

Ein 47 Jahre alter Diabetiker erkrankte Anfang März in Folge von Erkältung an Schmerzen im rechten Ohr. Am 8. März Paracentese, an die sich innerhalb einer Viertelstunde hochgradiger Ikterus anschliesst. Am 20. März Aufmeisselung des Warzenfortsatzes; dicke, kompakte Kortikalis, wenig pneumatische Räume; plötzlich quillt Eiter von hinten her aus einem Fistelgange hervor. In der auffallend kurzen Frist von 8 Wochen Heilung.

Dämpfung des Perkussionsschalls war an dem kranken Warzenfortsatze, wegen des Fehlens eitergefüllter Warzenfortsatz-Zellen, vor der Operation nicht zu konstatiren. Das Exsudat aus dem Ohr nach der Paracentese war ikterisch-gelb, später orangeroth, vermuthlich in Folge von Beimengung zersetzten Gallenfarbstoffes.

Richard Müller.

Ein Fall von Stichverletzung des Ohres mit Ausfluss von Hirnwasser.

Von Dr. Lehnberg in Hamm-Westphalen.
(Mt. M. W. 1900. 3. Heft.)

Die Entstehung der seltenen Verletzung, um die es sich hier handelt, ist nicht ganz klar gelegt. Wahrscheinlich ist der Betroffene, ein sehr kräftiger 19jähriger Mann beim Tanzen in die Hutnadel einer Dame hineingerannt. Sicher ist, dass er plötzlich mit dem Rufe: ich bin ins Ohr gestochen, ohnmächtig hinsank. Er kam zwar bald wieder zu sich, blieb aber schwindlig, taumelte immer nach rechts und erbrach. Aus dem linken Ohr, in dem sich ein heftiges Sausen einstellte, floss Blut vermischt mit einer wässerigen Flüssigkeit. Die nähere Untersuchung ergab ein kleines Loch im hinteren oberen Viertel des Trommelfelles. Die Pulszahl war niedrig. Am nächsten Tage tropfte aus dem Ohr eine wasserhelle Flüssigkeit, die kein Eiweiss aber reichlich Kochsalz enthielt, also nur Hirnwasser sein konnte. Die Hörfähigkeit war auf der kranken Seite nicht allzu sehr gestört. Das anfangs elende Allgemeinbefinden besserte sich schon in den nächsten Tagen, nur eine Neigung zu Schwindel, besonders bei Aufrichten aus liegender Stellung, blieb bestehen. Noch nicht vier Wochen nach der Verletzung konnte der Kranke mit recht leidlichem Hörvermögen aus der Behandlung entlassen werden.

Dass Ausfliessen von Hirnwasser konnte durch eine Verletzung des Ohrlabyrinths bedingt sein. Das Erbrechen, der Schwindel und die Gleichgewichtstörung wären damit recht wohl vereinbar gewesen, dennoch musste bei der geringen Störung des Hörvermögens jene Annahme fallen gelassen werden. Jetzt gab es nur noch eine Erklärung: der Stich musste das Dach der Paukenhöhle und die harte Hirnhaut durchbohrt haben, so dass das Hirnwasser direkt aus dem Arachnoidal-Raum durch das Ohr ablaufen konnte. Ein glücklicher Zufall hat es gefügt, dass die gefährliche Verletzung ungewöhnlich leicht und ohne Eitereinwanderung verlaufen ist.

Hygiene.

Beitrag zur Verbreitungsweise des Typhus abdominalis durch den Genuss von rohen Austern.

Von Dr. Jaroslav Horcicka, Vorstand des bakteriologisch-chemischen Laboratoriums des k. und k. Marinehospitales in Pola.
(Wiener medizinische Wochenschrift, No. 2, 1900.)

Dass Typhus abdominalis durch den Genuss von rohen Austern hervorgerufen werden kann, ist oft behauptet worden. Die gleichzeitige Erkrankung von 4 Offizieren nach einem gemeinsamen Austernschmaus gab Verf. die Anregung, die Frage experimentell zu untersuchen. Schon bei einer früheren Gelegenheit war ihm der Nachweis gelungen, dass thatsächlich die Austern unter gewissen Umständen durch 20 Tage lebensfähige Typhusbazillen beherbergen können. Zur weiteren Klärung der Frage entnahm Verf. dem Hafen von Pola an vier verschiedenen Stellen je 10 Stück Austern, um 1. das eventuelle Vorhandensein von Typhusbazillen nachzuweisen und 2. nachzuforschen, ob die Austern mit Faekalien verunreinigt sind. Der erste Nachweis fiel in allen 40 Untersuchungen negativ aus; hingegen waren von den 40 Austern nicht weniger als 37 mit Faekalien verunreinigt. Dieser Nachweis ist aber auch schon ausreichend: Alle in Pola bestehenden Kanäle münden in den Hafen. Die Typhusbazillen gelangen fast ausschliesslich blos durch Dejekte oder Harn von Typhuskranken in den Hafen. Da die Austern sich wenigstens theilweise von Faekalien nähren, können sie somit zu Zeiten epidemischen Auftretens des Typhus sehr wohl die Infektionsträger für neue Erkrankungen werden. Die praktischen Folgerungen aus diesen Beobachtungen ergeben sich von selbst.

— y.

Kann man Impfpocken aseptisch halten?

Von Sanitäts-Rath Dr. L. Fürst-Berlin.
(B. Kl. W. 1899 No. 39.)

Im strengen Sinne der wissenschaftlichen Forschung ist es natürlich eine Unmöglichkeit, Impfpocken keimfrei zu halten. Möglich dagegen ist es, das Eindringen von anderen krankmachenden Lebewesen als den im Impfstoff enthaltenen während und nach der Impfung zu verhindern. So lange dies nicht geschieht, ist, besonders zu der Zeit, wo die Kinder an der juckenden Pustel kratzen, Gelegenheit zu Verunreinigungen der Wunde gegeben, deren Folgen sich dann in Form von Rose, Hautentzündungen und hässlichen Vergrösserungen der Impfgeschwüre zeigen. Es ist unbegreiflich, wie in unserer,

bei der Wundbehandlung so peinlich auf Keimfreihaltung bestrebten Zeit die offene Behandlung der Impfpocken noch so zahlreiche Anhänger haben kann.

Verfasser hält für die ganze Zeit von der Impfung bis zur Abheilung der Pocke einen Schutzverband für nothwendig. Er empfiehlt als erprobt eine von ihm unter dem Namen „Impfschutz“ konstruirte Vorrichtung, ein durchlöchertes Stück Kautschuckheftpflaster, das auf seiner Unterseite einen flachen Bausch Holzwollwatte, in Dermatolgaze eingehüllt, trägt. Dieser kleine billige Schutzverband wird nach der Impfung angelegt und nach der Impfschau gewechselt. F. hat mit ihm die besten Erfahrungen gemacht.

Impfung und Mückenstiche.

Von Dr. Lüddeckens-Liegnitz.
(B. Kl. W. 1899 No. 39.)

Wie als Illustration zu dem eben besprochenen Aufsatz von Fürst berichtet hier ein Arzt über die Folgen des Unbedecktbleibens von Impfschnitten bei seinem eigenen Kinde.

Das Kind war mit einer vorher in vielen Fällen als gut erprobten Lymphe geimpft worden. Am nächsten Tage wurde es arg von Mücken zerstochen, an den beiden folgenden Tagen fand es ein paar mal Gelegenheit, die Impfstelle mit den Fingern zu berühren, während gleichzeitig die Mückenstiche zum kratzen Anlass gaben. In der nächsten Woche verwandelten sich 6 von den Mückenstichquaddeln in richtige Impfblattern. Das Kind war während dieser Zeit recht unwohl und einige von den Blattern, besonders eine auf dem Nasenrücken, haben hässliche Narben zurückgelassen. Der Fall liegt so klar, dass eine Erläuterung nicht nöthig ist.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Polizeiliches Einschreiten gegen die freigegebene Ausübung der Heilkunde ist unzulässig.

Entscheidung vom 8. Juni 1898.

Ein gewisser S. zu M. erlässt in Zeitungen Ankündigungen wie die folgende: „Der Lebensmagnetismus als Heilmittel von H. S., Jakobstr. 9, II. Seit einer Reihe von Jahren habe ich als prakt. Magnetopath meinen Beruf in M. auf das Gewissenhafteste vertreten und hebe an dieser Stelle besonders hervor, dass ich hier in M. der Einzigste bin, der nach einem System, das einzigste neue seit Dr. med. Messmer magnetisirt, welches sich glänzend bewährt hat und auf wissenschaftlichen Grundsätzen beruht, die in keinem anderen System zu finden sind.

Ich erzielte grosse Erfolge bei Rheumatismen, Magen-, Zahn-, Hals- und Ohrenschmerzen, Knie- und Hüftgelenkentzündungen, Nervenleiden, Kopfleiden, Augenentzündungen, Krämpfen, hysterischen Zuständen, Veitstanz, Lähmungen, Bleichsucht, rosenartigen Krankheiten, Skropheln, englischer Krankheit, Wunden, Gelenkwasser, Fieber, Geschwülsten, Migräne etc. Ein hypnotischer Prozess, der nur schaden könnte, findet bei meiner Behandlung nie statt, im Gegentheil, die magnetische Methode wirkt angenehm und beruhigend auf das Nervensystem. — Fast alle Patienten empfinden die magnetische Wirkung ohne eine Berührung von mir, auch werden keinerlei Instrumente oder Medizinen benutzt. Jedem, der es wünscht, kann ich hunderte von Geheilten von M. und der nächsten Umgebung nennen, von denen ich bereits einen Theil veröffentlichte. — Man bedenke zudem, dass die Hilfe des Heilmagnetiseurs meist nur von solchen Kranken beansprucht wird, welche nirgends mehr Hoffnung haben zu genesen und trotzdem resultirt ein überaus grosser Prozentsatz von Heilungen. Empfang täglich von 10—1 Uhr. Krankenbesuche früh von 8—10 Uhr und Nachmittags von 2 Uhr ab. M., Jakobstrasse 9, II. H. S., Heilmagnetiseur.“

Unter dem 6. April 1897 richtete der Polizeipräsident die nachstehende Verfügung an den Kläger: „Wie in einer vom Reichsgericht bestätigten Gerichtsentscheidung festgestellt ist, ist der thierische Magnetismus auf Krankheiten, in welchen eine organische Veränderung des Körpers oder eine Veränderung der Struktur einzelner Körpertheile eintritt oder eingetreten ist, ohne Einfluss. Ihre marktschreierischen Anpreisungen angeblicher Heilerfolge bei derartigen Krankheiten sind daher unwahr, sie belästigen und schädigen aber auch das Publikum insbesondere dadurch, dass in den Kranken unerfüllbare Hoffnungen erweckt werden, und die unausbleibliche Enttäuschung ihre Leiden vermehrt. Es wird Ihnen daher untersagt, bei den oben erwähnten Krankheiten, zu denen vor Allem die organischen Augen-, Herz-, Nieren-, Blasen-, Magen-, Lungenleiden, Skropheln, Schlaganfälle und alle ansteckenden Krankheiten gehören, den thierischen Magnetismus als Heilmittel anzuwenden und zu ihrer Behandlung öffentlich anzukündigen. Bei Zuwiderhandlungen wird, falls nicht gerichtliche Bestrafung wegen Betrugsversuchs, fahrlässiger Körperverletzung, unlauteren Wettbewerbs oder groben Unfugs eintreten muss, Geldstrafe von 50 Mark, an deren Stelle im Falle des Unvermögens 5 Tage Haft treten, festgesetzt werden.“ Gegen diese Verfügung klagte der Kläger bei dem Bezirks-Ausschusse, wurde jedoch durch Urtheil vom 19. November 1897 abgewiesen. Auf die hiergegen eingelegte Berufung wurde die Verfügung des Polizeipräsidenten ausser Kraft gesetzt und Folgendes ausgeführt: Es handelt sich weder um die öffentliche Ankündigung und Anpreisung von Arznei- und Geheimmitteln, noch um den Gebrauch eines der Bezeichnung als Arzt ähnlichen Theils, durch den der Glauben erweckt wird, der Inhaber sei eine geprüfte Medizinalperson. Ebensowenig liegt bereits der Thatbestand einer strafbaren Handlung, namentlich eines Betruges, Betrugsversuches oder einer fahrlässigen Körperverletzung vor. Die Zulässigkeit eines polizeilichen Einschreitens in solchen Fällen bleibt daher ausser Betracht. Den Gegenstand der Entscheidung bildet vielmehr lediglich das ausdrückliche und allgemeine Verbot, eine bestimmte Behandlung gewisser Kranken behufs ihrer Heilung vorzunehmen und entsprechende öffentliche Ankündigungen zu erlassen und die Berechtigung dieses Verbots. Soweit die Ankündigungen in Druckschriften erfolgen können und sollen, namentlich in der Form von Zeitungsanonncen, wie sie schon vom Kläger ausgegangen sind, ist das Vorgehen des Beklagten deshalb unstatthaft, weil es gegen den Art. 27 der Verfassungsurkunde und den § 1 des Reichsgesetzes über die Presse vom 7. Mai 1874 verstösst, nach welchen Vorschriften die Freiheit der Presse gewährleistet ist und nur den durch das Pressgesetz selbst zugelassenen oder vorgeschriebenen Beschränkungen unterliegt, ein präventives Einschreiten der in Rede stehenden Art jedoch unzulässig ist. Aber auch im Uebrigen ist die angefochtene Verfügung nicht gerechtfertigt. Das Oberverwaltungsgericht hat in Uebereinstimmung mit der herrschenden Theorie und Praxis schon wiederholt ausgesprochen, dass die gewerbliche Ausübung der Heilkunde grundsätzlich freigegeben und, soweit die Freigabe reicht, das polizeiliche Einschreiten ausgeschlossen ist. Von den Ausnahmen dieser Freigabe, wie sie bezüglich der Ausübung der Geburtshülfe durch weibliche Personen, der Ausübung der Heilkunde im Umherziehen u. s. w. bestehen, ist hier keine angegeben. Die Freigabe und damit die Unzulässigkeit polizeilicher Ge-

Schiedsgericht ferner zu prüfen, ob die berücksichtigten Leiden bereits zur Zeit der Unfallentschädigung in dem von Dr. F. festgestellten Masse vorhanden waren, oder ob sie sich nachträglich verschlimmert hatten, dass dadurch, sei es allein, sei es in Verbindung mit den Unfallfolgen oder den unberücksichtigt gebliebenen Schäden, die Erwerbsunfähigkeit des Klägers herbeigeführt war. Das Urtheil des Schiedsgerichts, welches diese Fragen ausser Acht gelassen hat, beruht, deshalb auf unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts. Das Urtheil musste daher aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das Schiedsgericht zurückverwiesen werden. Letzteres wird über die vorgedachten Fragen die beiden Sachverständigen Dr. U. und Dr. F. zu vernehmen haben, und hierbei wird auch auf die Aufklärung des Widerspruches Bedacht zu nehmen sein, in dem die bisherigen Gutachten der beiden Sachverständigen zu einander insofern stehen, als Dr. U. bei der Untersuchung des Klägers am 12. November 1898 nur eine Erwerbsverminderung von 50 Prozent geltend gemacht hat, die angefochtene Verfügung auch wegen ungenügender Bestimmtheit und wegen mangelnder thatsächlicher Voraussetzungen hätte aufgehoben werden müssen, und es war unter Abänderung der Vorentscheidung dem Klageantrage zu entsprechen. M.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Zusammentreffen von Unfall- und Invaliditätsversicherung.

Rek.-Entscheidung vom 18. Oktober 1899.

Der Kläger J. erlitt am 21. Mai 1898 im Bergwerksbetriebe einen Unfall. Nachdem er sich infolgedessen bis zum 12. November 1898 in Krankenhausbehandlung befunden, und der Arzt Dr. U. am Tage seiner Entlassung aus dem Krankenhause begutachtet hatte, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers in Folge des Unfalls eines Knöchelbruchs, sowie mit Rücksicht auf das Alter des 73jährigen Klägers und seine bereits vor der Verletzung vorhandene körperliche Hinfälligkeit um 50% vermindert sei, wurde ihm eine diesem Prozentsatz entsprechende jährliche Unfallrente von 269 M. 10 Pf. vom 13. November 1898 ab rechtskräftig zuerkannt. Der Kläger beantragte darauf mit der Behauptung völliger Erwerbsunfähigkeit die Zubilligung der Invalidenrente. Der Arzt Dr. F. sprach sich in einem Gutachten vom 2. Februar 1899 dahin aus, dass der Kläger seit Mitte November 1898 in Folge von allgemeiner Entkräftung, dürftigen Ernährungszustandes, Lungenblähung, Luftröhrenkatarrhs, atheromatöser Entartung der Gefässe, schwacher Herzthätigkeit und Plattfüssen vollständig arbeitsunfähig, und dass die Arbeitsunfähigkeit nicht die Folge des Unfalls sei. Darauf hin erkannte die Versicherungsanstalt durch Bescheid vom 6. März 1899 den Anspruch des Klägers auf Invalidenrente an, billigte ihm letztere jedoch nur für die ersten 13. Wochen nach dem Unfall zu. Auf die hiergegen von dem Kläger und zu seinen Gunsten von dem Staatskommissar eingelegte Berufung sprach das Schiedsgericht dem Kläger die Invalidenrente vom 13. November 1898 ab zu, indem es auf Grund des Dr. F.'schen Gutachtens annahm, dass die Erwerbsunfähigkeit des Klägers nicht durch den Unfall, sondern durch die von Dr. F. festgestellten Leiden verursacht sei, die zwar schon zur Zeit des Unfalls vorhanden gewesen seien, sich aber während seines langen Krankenlagers verschlimmert hätten. Gegen dieses Urtheil hat die Versicherungsanstalt rechtzeitig die Revision eingelegt mit dem Antrage, unter Aufhebung desselben ihren Bescheid vom 6. März 1899 wiederherzustellen. Zur Begründung ihres Antrages führt sie aus: Die Annahme des Schiedsgerichts, dass die Erwerbsunfähigkeit des Klägers während seines Krankenlagers entstanden sei, finde in den Akten keine Grundlage; danach sei vielmehr anzunehmen, dass die Erwerbsunfähigkeit schon seit dem Unfalle bestanden habe. Die Leiden, als deren Folge das Schiedsgericht die Erwerbsunfähigkeit ansehe, seien auch schon bei der Festsetzung der Unfallrente berücksichtigt und mitentschädigt. Der Kläger könne daher die Invalidenrente nur insoweit beanspruchen, als ihm nicht die Unfallrente zustehe. Dass letztere etwa zu niedrig bemessen sei, sei für das gegenwärtige Verfahren unwesentlich. Das Reichs-Versicherungsamt hob die Vorentscheidung aus folgenden Gründen auf: Welchen Anspruch auf Invalidenrente der Kläger erheben kann, hängt davon ab, ob seine Erwerbsunfähigkeit durch den erlittenen Betriebsunfall verursacht ist. Ist letzterer die Ursache, so steht ihm gemäss § 9 Absatz 2 Satz 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes ein Anspruch nur insoweit zu, als die Invalidenrente die ihm zugesprochene Unfallrente übersteigt oder von einem früheren Zeitpunkt als letztere zu beginnen hat. Anderenfalls hat er Anspruch darauf, dass ihm die Invalidenrente gemäss § 34 Ziffer 1 a. a. O. bis zu einem gewissen Betrage neben der Unfallentschädigung gewährt wird. Die Erwerbsunfähigkeit kann dann nicht auf den Unfall als deren Ursache zurück geführt werden, wenn neben den unmittelbaren Folgen des Unfalls und den bei der Feststellung der Unfallentschädigung berücksichtigten sonstigen Schäden noch andere schädigende Umstände zur Erreichung der für die Invalidenrente erforderlichen Minderung der Erwerbsfähigkeit wesentlich mitgewirkt haben. Daraus ergiebt sich, dass für den Anspruch auf Invalidenrente gemäss § 34 Ziffer 1 a. a. O. zunächst solche Schäden ausser Betracht bleiben, die bereits bei Festsetzung der Unfallentschädigung Berücksichtigung gefunden haben. Ihre nochmalige Berücksichtigung im Invalidenrentenverfahren würde zur Folge haben, dass eine doppelte Entschädigung stattfände. Dadurch würde aber gegen das Gesetz verstossen, welches bei der Regelung des Zusammentreffens von Unfall- und Invaliditätsversicherung von der Absicht ausgeht, eine doppelte Entschädigung wegen einer und derselben Beeinträchtigung zu verhindern. Sind im Unfallrenteverfahren neben den Unfallfolgen sonstige Schäden des Verletzten einmal berücksichtigt, so kann auch ein Anspruch auf Invalidenrente gemäss § 34 Ziffer 1 a. a. O. darauf nicht gestützt werden, dass diese Schäden keine genügende Würdigung gefunden haben, und dass infolgedessen die Unfallentschädigung nicht dem Grade der Erwerbsverminderung entspricht; denn dies sind Streitfragen, welche lediglich im Unfallrentenverfahren zu entscheiden sind. Sind dagegen Leiden eines Unverletzten bei der Festsetzung der Unfallentschädigung ausser Betracht geblieben, so kann darauf, dass diese Leiden, sei es für sich, sei es in Verbindung mit den Unfallfolgen, die Erwerbsunfähigkeit herbeigeführt haben, der Anspruch aus § 34 Ziffer 1 a. a. O. gestützt werden, ohne dass demselben entgegengesetzt werden kann, dass die Leiden bereits vor der Unfallentschädigung bestanden haben. Dass eine Erwerbsunfähigkeit, welche durch Leiden herbeigeführt ist, die erst nach der Unfallentschädigung entstanden sind, jenen Anspruch begründet, kann keinem Zweifel begegnen. Solchen Leiden stehen aber die nachträglichen Verschlimmerungen der Unfallfolgen und die bei der Unfallentschädigung bereits berücksichtigten sonstigen Schäden gleich. Hiernach hatte das Schiedsgericht zunächst zu prüfen, ob diejenigen Leiden, welche nach dem Gutachten des Dr. F. die Erwerbsunfähigkeit des Klägers herbeigeführt haben, bereits bei der Festsetzung der Unfallrente in Betracht gezogen waren. Wie sich aus dem Gutachten des Dr. U. ergiebt, sind sie jedenfalls zum Theil dabei berücksichtigt worden. Soweit etwa Leiden unberücksichtigt geblieben waren, war zu prüfen, ob diese die Erwerbsunfähigkeit herbeigeführt hatten. Was letzteres nicht der Fall, so hatte dass

bote oder Verbote gilt für ansteckende Krankheiten ebenfalls, sodass die Verfügung des Polizeipräsidenten hinsichtlich dieser keiner besonderen Beurtheilung unterliegt. Es ist ausser Zweifel, dass gegen einen approbirten Arzt, der den thierischen Magnetismus zur Heilung Kranker anwendet, deswegen nicht polizeilich eingeschritten, namentlich nicht ihm eine solche Heilbehandlung untersagt werden dürfte. Wegen der Freigabe der Heilkunde darf dies auch nicht anderen Personen gegenüber geschehen, die die Heilkunde gewerbsmässig ausüben und dabei den thierischen Magnetismus anwenden. Wenn der Vorderrichter auf Grund des § 10 Tit. 17 Th. II des Allgemeinen Landrechts und des § 6 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 zu einem anderen Ergebnisse gelangt ist, so hat er übersehen, dass diese Vorschriften in der spezialgesetzlichen Regelung der gewerblichen Ausübung der Heilkunde ihre Schranke finden, die von den Polizeibehörden nicht überschritten werden darf. Hiernach kann dahingestellt bleiben, ob, wie der Kläger noch feststellte, während nach dem Gutachten des Dr. F. zu derselben Zeit bereits die völlige Erwerbsunfähigkeit des Klägers vorhanden war. M.

Berstung des Herzens — kein Betriebsunfall.

Rek.-Entsch. vom 24. November 1899.

Die Wittwe des am 11. Juni 1898 verstorbenen Omnibus-Kondukteurs L. hat mit der Behauptung, ihr Mann sei am 2. April 1898 beim Absteigen von dem Verdeck des von ihm begleiteten Omnibus von der dritten Stufe ausgeglitten und auf das Strassenpflaster gefallen, wodurch er sich eine Verstauchung der Hüften, des Rückens und eine Kontusion des Hinterkopfes zugezogen habe, an deren Folgen er dann gestorben sei, bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft Hinterbliebenenrente gemäss § 6 des Reichsgesetzes vom 6. Juli 1884 beantragt. Durch Bescheid vom 16. August 1898 abgewiesen, da ein Betriebsunfall nicht vorliege, der Tod des L. vielmehr in Folge einer chronischen Erkrankung des Herzens und Bruch der Hauptschlagader erfolgt sei, hat sie gegen diesen Bescheid Berufung eingelegt. Das Schiedsgericht unter dem Vorsitz des Regierungs-Assessors T. wies jedoch die Berufung ab und machte u. A. geltend, mag auch anzunehmen sein, dass der Unfall sich in der geschilderten Weise zugetragen hat, so ist doch nicht anzunehmen, dass derselbe den Tod des L. herbeigeführt hat; nach dem Gutachten des Kgl. Gerichtsphysikus, Geh. Medizinalrath Dr. L., welcher den Verstorbenen secirt hat, litt derselbe an einer chronischen Erkrankung des Herzens und des Schlagadersystems, die zu einem Bruch der Hauptschlagader und einer inneren Verblutung, also zum Tode führte; letzterer ist also unabhängig von einem Betriebsunfalle erfolgt. Gegen diese Entscheidung hat die Klägerin L. rechtzeitig Rekurs eingelegt mit dem Antrage, ihr eine Rente zuzusprechen. Sie behauptet, dass ihr Ehemann vor dem Unfall stets gesund und lebensfroh, nach dem Unfall aber still, mürrisch und sehr leicht erregbar gewesen sei; auf ihre Fragen nach seinen Erlebnissen habe er sie gebeten still zu sein, und ihn nicht zum Erzählen zu bewegen, da er sich krank fühle; nur mit Rücksicht auf seine Familie habe er unter Aufbietung aller Kräfte den Dienst weiter versehen; übrigens sei er nach dem Unfalle längere Zeit ohne Besinnung gewesen; nach alle dem könne nur angenommen werden, dass der Tod die Folge des Unfalls sei, und zwar um so mehr, als sich in der Zeit vom Unfalle bis zum Tode sehr wohl in Folge der Verletzungen und des Schreckens das Herzleiden entwickelt haben könne, das von Dr. L. bei der Leichenöffnung festgestellt worden sei. Geschäftsführer Z. bat aber, den Rekurs aus den Gründen der Vorentscheidung zurückweisen zu wollen. Das Rekursgericht stellte noch Erhebungen an und forderte auch ein Obergutachten von Professor Dr. F. ein. Letzterer machte u. A. geltend, nach dem Obduktionsbefunde könne an der Thatsache nicht gezweifelt werden, dass L. in Folge einer Berstung des Herzens mit Austritt einer bedeutenden Blutmenge in den Herzbeutel plötzlich gestorben sei. Dieses Ereigniss setzte nach Lage der Sache eine chronische Erkrankung des Herzmuskels voraus, welche die Obduktion unter der Form einer Entartung (trübe, graue Streifen) erwiesen habe. Letztere hänge hauptsächlich mit der ausgedehnten und weit vorgeschrittenen Verhärtung und Verkalkung des Schlagadersystems zusammen. L. sei an einem Leiden zu Grunde gegangen, das schon vor dem Unfall bestanden habe. Den Sturz an sich für eine Beschleunigung des Verlaufs des Leidens verantwortlich zu machen, gehe nicht an, da die Berstung des Herzens weniger als Folge des Klappenfehlers, der durch die intensive Erschütterung eine Verschlimmerung erfahren haben möge, denn als solche der Gefässenartung sich darstelle. Letztere könne als chronischer Prozess nicht durch den einmaligen Anprall in bemerkenswerther Weise in Bewegung gesetzt worden sein und sei er auch so bedeutend gewesen, dass der Gestürzte besinnungslos auf der Strasse liegen geblieben sei. Es sei zugegeben, dass unter Umständen anhaltende seelische Erregungen als mitwirkende Ursachen der Arterienverkalkung eine entscheidende Rolle spielen. Nach Allem vermag Professor Dr. F. die Möglichkeit des Zusammenhanges zwischen Unfall und Tod, über die Dr. H. im Gegensatz zu Dr. L. hinausgehen will, nicht zu leugnen, doch wagt Prof. Dr. F. eine wesentliche Beschleunigung des Todes durch den Unfall als hinreichende Wahrscheinlichkeit nicht ohne Weiteres auszusprechen. Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Geheimen Regierungsrath Dr. K. wies sodann den Rekurs zurück und machte geltend: Das Rekursgericht trägt kein Bedenken, seiner Entscheidung das auf eingehender Würdigung des Akteninhalts beruhende Gutachten des Professors Dr. F. zu Grunde zu legen. Danach muss es als ausgeschlossen gelten, dass die am 11. Juni 1898 in Folge einer Berstung des Herzens mit Austritt einer bedeutenden Blutmenge in den Herzbeutel plötzlich eingetretene Tod des L. durch den Unfall vom 2. April 1898 unmittelbar verursacht worden ist. Es fragt sich nur, ob etwa der Tod durch den Unfall wesentlich beschleunigt worden ist. Prof. Dr. F. hält dies für möglich, aber nicht für wahrscheinlich, indem er die etwaige Erhebung der Möglichkeit zur Wahrscheinlichkeit der rechtsprechenden Behörde überlassen zu sollen glaubt. Allein Alles, was für die Annahme eines, wenn auch nur mittelbaren Zusammenhanges zwischen Unfall und Tod sprechen könnte, ist bereits von dem Sachverständigen im vollen Umfange berücksichtigt worden. Weitere Umstände, die auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Tod hinzudeuten geeignet sind, lassen sich nicht ermitteln. Es besteht daher nur die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges. Diese jedoch reicht nicht aus, um die Berufsgenossenschaft zu verurtheilen.

M.

Tod in Folge eines Gehirnleidens, der ursächliche Zusammenhang mit einem Unfall wird verneint.

Rek.-Entscheidung vom 6. Oktober 1899.

Ein Arbeiter U., der am 16. September 1892 durch Fallen vom Wagen einen Unfall erlitten hat, ist am 27. November 1896 verstorben, nachdem die von ihm für den Unfall bezogene Rente durch Bescheid vom 27. August 1893 rechtskräftig eingestellt worden war. Den Anspruch der Kläger auf Hinterbliebenenrente und auf die Rente bis zum Tode des Verstor-

benen hat das Schiedsgericht für nicht begründet erachtet, weil ein ursächlicher Zusammenhang des Todes und des ihm vorausgegangenen Gehirnleidens des U. mit dem Unfall nicht vorliege. Dieser Annahme hat sich das Rekursgericht auf Grund eines Gutachtens des Professor Dr. Sp. in Br. angeschlossen, in welchem u. A. Folgendes ausgeführt worden war: U. war von einem Wagen gerutscht, zwischen Bordquader und Hinterrad gerathen und hatte sich dadurch eine Rippenquetschung zugezogen. Nach dem Unfall habe U. fortgeschafft werden müssen. Dr. B. bezeichnete 1892 die durch Unfall herbeigeführte Verletzung als Bruch der 7. und 8. Rippe rechts und Kontusion der Brust durch Ueberfahrensein. Nach dem Gutachten des Dr. F. M. vom 10. April 1898 hat sich bei der Sektion im rechten Stirnhirn des U. eine theilweis zerfallene Geschwulst gefunden, die fast Apfelgrösse besass und aus einer grauweissen gallerartigen, leicht zerfliessenden Masse bestand. Der Tod ist nach Dr. M. die Folge der Geschwulstbildung im Gehirn gewesen. Dr. M. nimmt auch an, dass U. bei dem Unfall auf den Kopf gefallen und längere Zeit bewusstlos gewesen ist. Dr. M. hält es für sicher, dass durch den Unfall das Gehirnleiden verursacht und dadurch der Tod bedingt sei. Professor Sp. gelangte aber zu dem entgegengesetzten Resultat und führte aus, da die Bevölkerung mit den Vortheilen der sozialen Gesetzgebung mehr und mehr bekannt geworden sei beobachte man häufig das Bestreben, auch solche Erkrankungen, deren Entstehung nur selten einer Verletzung zur Last gelegt werden darf, einer solchen zuzuschreiben. Im vorliegenden Falle sei nicht erwiesen, dass U. am 16. September 1892 eine Kopfverletzung durch Unfall erlitten habe. Worauf Dr. M. seine Annahme, U. sei auf den Kopf gefallen und längere Zeit bewusstlos gewesen, stütze, sei aus den Akten nicht ersichtlich. Wäre diese Thatsache erweislich wahr, so konnte sie einem Zusammenhang zwischen späterer Erkrankung und Unfall eine etwas grössere Wahrscheinlichkeit geben; wirklich bedeutungsvoll sei sie aber nicht. Es müsste das Vorhandensein einer lokalen Verletzung an der Stelle des Schädels gefordert werden, unter der sich später der Gehirntumor gefunden habe. Hiervon finde sich aber in den Akten nichts vor. Es sei im hohen Grade wahrscheinlich, dass U. bis 1893 gesund und arbeitsfähig gewesen sei. Nehme man an, dass die ersten auf den Kopf sich beziehenden Krankheitssymptome sich im September 1893 gezeigt haben, so würde zwischen dem Unfall und dem nachweislichen Beginn der Erkrankung ein volles Jahr liegen. Es scheine in hohem Grade unwahrscheinlich, dass bei einem so empfindlichen Organ wie das Gehirn ein ganzes Jahr vergangen sein sollte, ohne dass irgend ein Symptom auf die Geschwulstbildung hingedeutet hätte. Wollte man einer solchen unwahrscheinlichen Annahme zustimmen, so könnte man mit demselben Recht auch einen noch weiter d. h. vor der Verletzung zurückliegenden Zeitpunkt als Beginn der Geschwulstbildung annehmen, so dass dann die Verletzung für die Entwickelung der Geschwulst vollends bedeutungslos würde. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Stern, Prof. Dr. R.-Breslau. Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Klinische Studien mit Berücksichtigung der Unfall-Begutachtung. Zweites (Schluss-) Heft: Krankheiten der Bauchorgane, des Stoffwechsels und des Blutes. Jena, 1900. Gustav Fischer, 307 Seiten, Preis 7 Mark.

In derselben streng wissenschaftlichen Weise, wie in dem ersten Heft des Werkes die Krankheiten des Herzens und der Lungen besprochen wurden, sind in dem nunmehr erschienenen 2. Heft die andern inneren Krankheiten behandelt worden; wir finden hier besprochen im 3. Abschnitt die Krankheiten des Magendarmkanals und des Peritoneums, im 4. Abschnitt die Krankheiten der parenchymatösen Unterleibsorgane, im 5. Abschnitt die malignen Geschwülste, Cysten und Gesässerkrankungen im Bereiche der Unterleibsorgane, im 6. Abschnitt die Krankheiten des Stoffwechsels und des Blutes (Diabetes, Arthritis, Gelenkreumatismus, Leukämie, traumatische Anämie und endlich die Infektionskrankeiten). Nur die Krankheiten des Nervensystems sind der Bearbeitung Anderer überlassen. —

Denselben Beifall, welchen das erste Heft dieses Werkes gefunden, wird auch dieses zweite Heft finden, denn es bietet eine Fülle von werthvollem Material nicht nur für die medizinische Wissenschaft überhaupt, insofern es Einblick eröffnet in die bisher so dunkele Antiologie vieler Krankheiten; sondern insbesondere für die sachverständige Beurtheilung der nach Unfällen auftretenden inneren Krankheiten. Wie unbekannt war dieses Gebiet in den ersten Jahren nach dem Beginn der Unfall-Versicherungsgesetzgebung. Wie absprechend waren einerseits die Ansichten einzelner Kliniker über den traumatischen Ursprung vieler innerer Krankheiten, und wie kritiklose Beobachtungen wurden andererseits, einfach auf den Schluss post hoc ergo propter hoc basirend, veröffentlicht! — Es ist das grosse und bleibende Verdienst Stern's in diesem Wirrniss widersprechender Meinungen und Beobachtungen eine feste Grundlage auf wissenschaftlicher Basis geschaffen zu haben, indem er von dem Grundsatz ausging, dass nur durch genaue Beobachtung der Entwickelung der Krankheit der klinische Beweis zu führen sei, dass ein ursächlicher Zusammenhang und nicht ein zufälliges Zusammentreffen vorliegen.

Das Sternsche Buch muss jedem Arzte dringend zum Studium empfohlen werden; und man muss wohl sagen, dass ohne die Kenntniss der Ergebnisse der Sternschen Studien kaum ein Gutachten über Unfallsfolgen mit Bezug auf innere Krankheiten abgegeben werden kann, welches den Anspruch erheben will auf der Höhe medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntniss und Erfahrung zu stehen. B.

Winckler, Dr. E., Bremen. Ueber Gewerbekrankheiten des Ohres. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Herausgegeben von Dr. M. Bresgen in Wiesbaden. III. Band, Heft 9/10. — Halle a. S. 1900. Karl Marhold. 82 Seiten. Preis 3 Mark.

Bei der stiefmütterlichen Behandlung, die der junge Mediziner auf der Universität im Allgemeinen dem Studium der Ohrenheilkunde zu Theil werden lässt, weil die deutsche Prüfungsordnung Kenntnisse auf diesem Gebiete in der Staatsprüfung noch immer nicht fordert, ist jeder Versuch, auf anderem Wege der Ohrenheilkunde Eingang in die ärztlichen Kreise zu verschaffen, mit Dank zu begrüssen; dies gilt auch von der vorliegenden Arbeit. In ihr wendet sich der Verfasser weniger an den Ohrenarzt, der mit den dargelegten Thatsachen bereits aus den einschlägigen Einzelschriften und aus eigener Erfahrung vertraut ist, als vielmehr an den ärztlichen Sachverständigen, für den in dem Buche alles Wissenswerthe aus dem Gebiete der Gewerbekrankheiten des Ohres in knapper und verständlicher Form zusammengestellt ist. Schädigungen des Gehörnorganes durch Betriebsunfälle und durch Gewerbekrankheiten sind häufiger, als landläufig angenommen wird, und es muss daher die Lektüre des kleinen Winckler'schen Werkes jedem ärztlichen Sachverständigen angelegentlichst empfohlen werden.

Nach einigen statistischen Bemerkungen, welche die Häufigkeit der gewerblichen Schädigungen des Gehörorganes darthun und andererseits zeigen, dass speziell der schallempfindende Abschnitt im Ohr hier besonders häufig der Sitz der Erkrankung ist, bespricht Verfasser zunächst die Aetiologie der professionellen Ohrenerkrankungen. Zuerst sind hier Witterungseinflüsse zu nennen, die bei allen Arbeitern in Betracht kommen, welche viel im Freien thätig sind — Bauhandwerker, Fischer, Schiffer, Jäger, Ziegeleiarbeiter —; Erkältungen sind aber auch bei allen Arbeitern, die lange grosser Hitze und besonders strahlender Wärme ausgesetzt sind, so bei Arbeitern an Hochöfen und in Glashütten, bei Heizern und Maschinisten, bei Giessern, Schmelzern und Schmieden, nichts Seltenes. — Ein anderes ätiologisches Moment bieten die Staubbelästigungen in gewissen Betrieben, so in Kalk- und Zementmühlen, in Chromfabriken, bei der Bearbeitung thierischer Häute und Haare, in Lumpenschneidereien und Wollfabriken. — Fortgesetzte Einathmung von Gasen und Dämpfen kann ebenfalls für das Gehörorgan von Bedeutung werden; Verfasser erinnert an die Ammoniakdünste in Leuchtgasfabriken und Kunsteisanstalten, beim Arbeiten in Kloaken und Guanozurichtungen. — Gewerbliche Vergiftungen auf dem Wege der Einathmung oder vom Verdauungstraktus aus können dem schallempfindenden Apparate gefährlich werden. — Wichtiger als alle genannten schädlichen Ursachen sind die dauernden Schalleinwirkungen, denen Schlosser und Schmiede, Müller, Fassbinder und Maschinisten, letztere namentlich auf Lokomotiven und Dampfschiffen, ausgesetzt sind. — Schliesslich sind die Schädigungen des Gehörs durch längeren Aufenthalt unter erhöhtem Luftdruck bei einzelnen Berufszweigen zu nennen.

Die Erkrankungen des äusseren Ohres, welche durch die genannten Schädlichkeiten hervorgerufen werden, sind wenig von Belang; es handelt sich hier meist um chronische Ekzeme, oft verbunden mit Furunkulose des äusseren Gehörganges. — Wichtiger sind die Erkrankungen des Mittelohres, unter denen die chronischen Mittelohrkatarrhe im Gewerbebetriebe eine ganz besondere Beachtung verdienen; chronische Verdickungen der Paukenschleimhaut, eventuell auch chronische Exsudate und schliesslich das häufige Endresultat, die Sklerose des Mittelohres, sind vielfach die Folge professioneller Schädigungen. — Am schallempfindenden Abschnitt sind es Cirkulationsstörungen, die den durch gewerbliche Schädigungen hervorgerufenen Leiden zu Grunde liegen, hyperämische und andererseits anämische Zustände mit den unausbleiblich daraus resultirenden Ernährungs- und Wachsthumsstörungen der feinen Gewebselemente des Labyrinths.

Hinsichtlich der Diagnose bieten die Gewerbekrankheiten des äusseren Ohres keine Schwierigkeiten. Dagegen stösst die differentielle Diagnose zwischen einem Mittelohr- und einem Labyrinth- bezw. nervösen Leiden häufig auf erhebliche, bisweilen auf unüberwindliche Schwierigkeiten; und doch ist es gerade für die Praxis bei der Berufsthätigkeit des Gewerbetreibenden oft sehr wichtig, nicht allein die Herabsetzung des Hörvermögens und etwaige Veränderungen mit dem Ohrenspiegel festzustellen, sondern auch zu ermitteln, ob nur das Mittelohr erkrankt ist, oder ob eine nervöse Schwerhörigkeit vorliegt. Die Entscheidung dieser Fragen ist bei Invaliditätserklärungen und Rentenansprüchen sehr wesentlich. Verfasser geht auf die Mittel, die uns zur Stellung dieser differentiellen Diagnose zur Verfügung stehen, nicht näher ein, und das mit Recht, da der ärztliche Praktiker von längeren Darlegungen in dieser Hinsicht wenig Nutzen haben würde; diese Frage bildet eines der schwierigsten Kapitel in der Ohrenheilkunde, mit dem sich im Allgemeinen nur der Facharzt befassen wird.

Schliessich hebt Verfasser die verschiedene Disposition der Arbeiter zu Ohrenerkrankungen hervor und betont dabei, dass Personen mit einem von vornherein nicht ganz normalen Gehörorgan Schädigungen desselben viel mehr und leichter ausgesetzt sind als Leute mit gesunden Ohren, wie dies Referent vor einigen Jahren durch Untersuchung von Artilleristen vor und nach dem Schiessen aus grobem Belagerungsgeschütz mit Sicherheit nachgewiesen hat.

Verfasser theilt dann, und zwar für praktische Zwecke ganz mit Recht, die Gewerbekrankheiten des Ohres einfach in zwei grosse Gruppen ein: in die Krankheiten des äusseren Ohres einerseits und in die des Mittelohres und inneren Ohres andererseits, erstere Gruppe ohne, letztere mit Beeinträchtigung des Hörvermögens.

Die Berufsekzeme der Ohrmuschel, meist mit der gleichen Affektion der Gesichtshaut, kommen vor bei Arbeitern, die hohe Temperaturen ertragen müssen: in der Porzellan- und Metall- und hier besonders wieder in der Eisenindustrie. Die Entzündung setzt sich fort auf die Haut des äusseren Gehörganges und bildet dann hier einen äusserst günstigen Nährboden für Otomykosen. Auch chemische Reize können zu solchen Ekzemen führen und nicht minder mechanische Einwirkungen, nämlich der Reiz des Staubes in Betrieben mit massenhafter Staubentwickelung, z. B. in Gips- und Zementfabriken, in Baumwoll- und Jutespinnereien, im Hüttenbetriebe u. s. w. Mit dem Ohrenschmalz zusammen kann dieser Staub allmählig zur Bildung sehr lästiger Fremdkörper führen, die ihrerseits wieder chronische Entzündungen des Trommelfelles zur Folge haben können.

Viel wichtiger sind die Berufskrankheiten der zweiten Gruppe, die Erkrankungen des mittleren und inneren Ohres. Sie unterscheiden sich von denen der ersten Gruppe einmal durch die dort fehlende Herabsetzung des Hörvermögens, zweitens aber dadurch, dass erstere heilbar, sie selbst aber meist nur wenig besserungsfähig sind.

In allen Betrieben mit maschinellen Einrichtungen herrscht Lärm, in allen kommen gewerbliche Schädigungen des Hörvermögens der Arbeiter vor. Die Zimmerleute, die Stein- und Feilenhauer, die Böttcher, die Schmiede und Schlosser, die Bronzepulverarbeiter und Kupferschmiede, besonders aber die Kesselschmiede hebt der Verf. besonders hervor. Die Erkrankung dieser Leute betrifft das Labyrinth oder den Stamm des Hörnerven: gutes Hören der tiefen, zunehmend schlechteres Hören der hohen Töne, verkürzte Knochenleitung, die für hohe Töne vollkommen ausfallen kann, Herabsetzung des Hörvermögens für die Sprache sind die gewöhnlichen Symptome. Dazu treten in 50 Prozent der Fälle subjektive Geräusche, ein Prozentsatz, der eher zu niedrig als zu hoch bemessen sein dürfte. Schliesslich kommen daneben auch Schwindelerscheinungen vor, die in schweren Fällen sogar apoplektisch nach dem Typus der Menière'schen Krankheit auftreten können. Es ist mit Rücksicht auf den oben erwähnten Satz, dass gerade die an sich schon nicht intakten Ohren durch solche Betriebsschädlichkeiten beeinträchtigt zu werden pflegen, selbstverständlich, dass man bei solchen Ohrenkranken das Labyrinthleiden häufig mit einer Mittelohraffektion vergesellschaftet findet.

Sehr eingehend stellt dann Verf. die Erkrankungen der Ohren im Eisenbahnbetriebe dar. Am meisten sind die Lokomotivführer und Heizer, danach die Zugführer, Schaffner und Bremser gefährdet. Für die Maschinisten sind während der Fahrt die bedeutende Erschütterung, die ununterbrochene Anstrengung des Gehörorgans, der schneidende Luftzug, die aufrechte Körperhaltung, der Temperaturwechsel, der Staub und giftige Gase, besonders Kohlenoxydgas, von nachtheiligem

Einfluss. Auch hier sind Veränderungen im Labyrinth als die wesentliche Grundlage der krankhaften Erscheinungen, Schwerhörigkeit bis zur Taubheit, Sausen und Schwindel, anzusehen. Für die Perzeption der Signale ist das Hörvermögen des Lokomotivpersonals natürlich von grösster Wichtigkeit. Verf. giebt eine eingehende, besonders für Bahnärzte wichtige Darstellung dieser Verhältnisse und der daraus entspringenden Anforderungen, die an das Hörvermögen des Eisenbahnpersonals gestellt werden müssen.

Die Gehörsschädigungen bei berufsmässigen Telephonisten sind eine neuere Erscheinung auf dem Gebiete der professionellen Ohrenkrankheiten; Hyperaesthesia acustica, Eigengeräusche, Gefühl von Druck und Eingenommenheit in den Ohren und progressive Abnahme der Hörschärfe sind die Hauptsymptome; daneben kommen allgemeine Nervosität und psychische Alterationen vor, doch gilt auch hier, dass meist nur Leute, die hinsichtlich der Ohren und der Nerven an sich schon nicht ganz intakt und auch psychisch bereits belastet sind, in nennenswertherem Grade geschädigt werden.

Stärkeren Detonationen sind Steinbrecher, Bergleute und, wie Ref. hinzufügen möchte, Artilleristen ausgesetzt. Hier kann es, ausser zu den üblichen Gehörsschädigungen, auch zu Trommelfellzerreissungen kommen. Mit Recht betont Verf., dass man sich hier vor Einspritzungen und Einträufelungen hüten soll; diese Risse heilen unter einem einfachen Wattepfropf anstandslos, während durch Spülungen fast stets eine Infektion mit nachfolgender Eiterung herbeigeführt wird.

Blutandrang nach dem Kopfe und Blutstauung ist bei Glasbläsern die Ursache dauernder Schädigungen des Gehörorgans; die durch die Pfeifen der Glasbläser hie und da verpflanzte Syphilis kann als weiteres, das Ohr schädigendes Moment hinzukommen.

Schliesslich erörtert Verf. die Ohrenerkrankungen von Arbeitern, die in komprimirter Luft thätig sind: Bergleute, Brücken- und Hafenarbeiter, Taucher. Auch hier wiederholt sich die Erscheinung, dass Leute mit nicht ganz intaktem Gehörorgan anfälliger sind als völlig Gesunde; besonders ist eine behinderte Tubenpassage hier von Nachtheil.

Den letzten Abschnitt bildet eine Erörterung über die Betheiligung des Gehörorgans an gewerblichen Vergiftungen. Nikotinvergiftung beim Probiren frischen Tabaks, Anilin-, Schwefelkohlenstoff-, Kohlendunstvergiftung, Schädigung durch Terpentininhalation bei Vergoldern, Eclampsia saturnina mit Ohrensausen, Quecksilber-, Höllenstein-, Arsen- und Phosphorvergiftungen werden im Einzelnen erwähnt und erörtert.

Einige hygienische Winke bilden den Schluss der fleissigen Arbeit, die Alles, was für den ärztlichen Praktiker auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten des Ohres von Interesse ist, enthält und darum verdient, gerade vom praktischen Arzte und vom ärztlichen Sachverständigen recht eifrig gelesen zu werden. Richard Müller.

Seifert, Prof. Dr. Otto und Müller, Prof. Dr. Friedr., Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik, mit 87 theilweise farbigen Abbildungen. Zehnte gründlich umgearbeitete Auflage, Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1899, 238 Seiten, Preis 4 Mark. —

Das zuerst im Jahre 1886 in 1. Auflage erschienene Buch, welches auf Veranlassung des Geh.-R. Prof. Dr. Gerhardt herausgegeben wurde, erst jetzt in 10. gründlich umgearbeiteter Auflage erschienen. Es soll nicht nur den Anfänger, sondern auch dem älteren Arzt eine Hülfe sein bei der Krankenuntersuchung und hauptsächlich zum Nachschlagen dienen. Diesen Zweck erfüllt das kleine Werkchen in vorzüglichster Weise. B.

Tagesgeschichte.

Der „Fall Neisser“.

Im Preussischen Landtage ist am sechsten März eine Angelegenheit erörtert worden, deren prinzipielle Bedeutung uns verbietet, mit Stillschweigen darüber hinzugehen. Professor Neisser in Breslau, einer der ersten Syphilidologen der Gegenwart, hat vor Jahren, wie aus seinen eigenen Veröffentlichungen im Archiv für Dermatologie hervorgeht, Versuche gemacht, ob durch das Blut-Serum von Syphiliskranken andere Personen gegen die furchtbare Seuche geschützt werden können, und er hat zu diesem Zwecke nicht-syphilitischen Personen, darunter einem vierzehn- und einem sechzehnjährigen Mädchen, Syphilis-Serum eingespritzt, übrigens ohne die Einwilligung der Betreffenden einzuholen.

Ueber diese Angelegenheit ist ohne Namensnennung schon im vorigen Jahre die Regierung interpellirt worden, jetzt haben Abgeordnete aller grossen Parteien in scharfer Weise ihre Missbilligung der Handlungsweise N.'s und ihr Verlangen nach einem energischen Vorgehen der Regierung gegen derartige Vorkommnisse ausgesprochen. Es ist bei dieser Gelegenheit auch auf Versuche ähnlicher Art hingewiesen worden, die in anderen Kliniken vorgekommen sein sollen, z. B. die Impfung von gesunden Säuglingen mit Tuberkulin. Der Vertreter des Staatsministeriums hat darauf erklärt, der Fall Neisser sei strafrechtlich verjährt, dagegen sei, nachdem das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation sich gegen N. ausgesprochen hat, das Disziplinarverfahren auf Dienstentlassung eingeleitet worden, das noch schwebe. Der einzige Fachmann, der das Wort ergriff, war Rudolf Virchow. Er wies darauf hin, dass die Serum-Impfung eine Methode sei, die im Allgemeinen Erfolg verspreche, und dass es, wenn die Versuche an Thieren zu einer gewissen Höhe gelangt seien, keineswegs schlecht und niederträchtig sei, die Erfahrungen allmählich auf Menschen zu übertragen. Gewiss gebe es eine Grenze der Zulässigkeit, aber wo diese zu ziehen sei, das könne man gesetzlich nicht bestimmen. Man möge bedenken, dass, wenn auch manche Gelehrte, von der Zeitströmung fortgerissen, in ihren Versuchen über das Mass des Erlaubten hinausgehen, doch all diese Versuche in der besten und wohlwollendsten Absicht gemacht würden.

Es kann nicht fehlen, dass der Inhalt dieser Debatte im ganzen Lande peinliches Aufsehen erregen wird. Was an Gegnern der Wissenschaft und besonders der wissenschaftlichen Medizin heutzutage sein dunkles Wesen treibt, das Alles wird über das glänzende Agitationsmittel frohlocken, welches sich hier bietet, und auch der denkendere Theil des grossen Publikums wird stutzig werden, wenn es die erwiesenen Thatsachen vernimmt.

Auch wir stehen durchaus auf dem Standpunkte, dass es ebenso den geltenden Gesetzen wie dem allgemeinen Rechtsgefühl widerspricht, wenn Jemand Personen wider ihren Willen oder richtiger ohne ihre, nach gründlicher Belehrung über die Bedeutung des beabsichtigten Versuchs ausgesprochene Zustimmung zu wissenschaftlichen Experimenten benützt; und wir beklagen es lebhaft, dass sogar Minderjährige hierzu herangezogen worden sind. Zwar ist es klar, dass ohne Versuche an Menschen kein Fortschritt in der Heilkunst möglich ist. Die Einführung irgend eines neuen Heilmittels in die Medizin bedeutet ja immer einen Versuch am Menschen, und Virchow hat sehr mit Recht daran erinnert, wie heutzutage die „Naturheilkundigen“ oft in der frivolsten Weise ohne jegliche Kenntniss vom menschlichen Körper die eingreifendsten Prozeduren probiren und dabei keine Entrüstung, sondern begeisterten Zuspruch ernten. Mit kritiklosen Heilversuchen kann ausserordentlich viel geschadet, mit wohldurchdachten ebenso viel genützt werden, indessen ist hier eine gesetzliche Festlegung des Erlaubten

nicht möglich. Etwas anders liegt die Sache bei den Versuchen, Schutzmittel gegen Krankheiten zu finden. Der Arzt ist sicher berechtigt, an einem Kranken, der sich ihm anvertraut, wegen des gegenwärtigen Leidens ein neues Heilmittel, das er für zweckmässig hält, zu versuchen, er hat aber nicht das Recht, ein Schutzmittel gegen irgend ein in Zukunft mögliches, von dem gegenwärtigen unabhängiges Leiden an demselben Kranken zu erproben, solange dieser es nicht ausdrücklich wünscht. Und vollends die Minderjährigen, deren eigene Willenserklärung noch ungiltig ist, müssen vor derartigen Experimenten durchaus bewahrt bleiben; nicht einmal die Eltern haben das Recht, bei ihnen über Vornahme oder Unterlassung der Versuche zu verfügen, falls die Letzteren nicht gegen eine augenblickliche Gefahr, etwa eine gegenwärtig herrschende oder eine hereinbrechende Seuche gerichtet sind.

Nur um Haaresbreite unterscheidet sich in Rechtsfragen, besonders auf ärztlichem Gebiete, das Erlaubte und Gebotene vom Verwerflichen. Zu den ernsten Aufgaben unseres heutzutage von so vielen Seiten angefeindeten Standes gehört es, jederzeit dieser Grenzlinie eingedenk zu bleiben, auch wenn hohe Ziele zu ihrer Ueberschreitung locken. Professor Neisser hat sicher nicht aus Frivolität oder Ruhmsucht die ihm zur Last gelegten Versuche unternommen. Er, zu dessen Lebensaufgaben die Bekämpfung der scheusslichsten Volksseuche gehört, hat offenbar nur die Absicht gehabt, diesem Ziel zum Wohl der Allgemeinheit nahe zu kommen. [Wenn die Herren Abgeordneten, die ihr Verdammungsurtheil aussprachen, sich das klar gemacht hätten, wäre der Klang ihrer Reden vielleicht nicht ganz so „gellend“ gewesen!]

Aber der Einzelne hat eben kein Recht, die Rücksicht auf den Einzelnen zu vergessen, und so wird das in letzter Linie auf ideale Bestrebungen zurückgehende Vorgehen N.'s für ihn vielleicht persönliche Nachtheile und für die Gesammtheit der deutschen Aerzte mancherlei Anfeindungen zur Folge haben.

Eine Professur für Gewerbehygiene und soziale Medizin wird an der Universität München geschaffen werden. Wir begrüssen freudig diesen Fortschritt in der Würdigung derjenigen Gebiete, denen unsere Zeitschrift von je her die vollste Aufmerksamkeit zugewandt hat. Zwar wäre es Unrecht zu verkennen, dass das Interesse für die Gewerbehygiene auch von den Universitätslehrern der Hygiene gepflegt worden ist, und dass manche von ihnen durch Besichtigungen gewerblicher Anstalten ihren Hörern zu einem anschaulichen Bilde der einschlägigen Verhältnisse zu verhelfen bestrebt sind. Aber zu einem tieferen Eindringen in das Verhältniss zwischen gewerblicher Arbeit und Gesundheitspflege konnte es dabei nicht kommen, schon deshalb nicht, weil die mit der Gewerbehygiene untrennbar verknüpften Themata der sozialen Medizin, die Fragen der Unfall- und Invaliditätsversicherung, im Rahmen der Hygiene-Vorlesungen naturgemäss nicht erörtert werden konnten. Unsere Leser wissen, dass der Mediziner, der in die Praxis tritt, manches leichter entbehren kann, was er auf Universitäten gelernt hat, als gerade die Kenntniss der Gewerbehygiene und sozialen Medizin. Hoffentlich wird die neue Professur den Bedürfnissen der Praxis sowohl in Bezug auf die Lehrmittel als in Bezug auf die Person des zu ernennenden Lehrers recht gut angepasst sein. Die anderen Bundesstaaten werden sich wohl recht bald veranlasst sehen, dem Beispiel Bayerns zu folgen. Die Bedürfnissfrage kann wahrhaftig schon als beantwortet gelten.

Den Aerztekammern

ist nunmehr endlich die Erfüllung eines sehr berechtigten Wunsches von Seiten des Kultusministers zugesagt worden: Erlasse die den ärztlichen Stand angehen im Allgemeinen interessiren, werden in Zukunft den Aerztekammern zur Kenntniss gebracht werden.

Anleitung betreffend den Kreis der nach dem Invaliden-Versicherungs-Gesetz vom 13. Juli 1899 versicherten Personen.

Unter obigem Titel bringt No. 7 der Arbeiter-Versicherung eine vom Reichs-Versicherungsamt ausgearbeitete Zusammenstellung, in der sehr übersichtlich und klar dargelegt wird, welche Personen in den Bereich des genannten Gesetzes fallen, insbesondere ist die nicht ohne Weiteres für Jedermann leichte Unterscheidung zwischen Lohnarbeit und selbständiger Erwerbsthätigkeit nicht blos so genau wie irgend möglich im Allgemeinen erläutert, sondern noch für die verschiedensten Berufe einzeln festgestellt. Den Schluss der Veröffentlichung bildet eine Uebersicht der Bestimmungen über die freiwillige Versicherung. Wenn der Gegenstand auch vorwiegend juristisches Interesse hat, so werden doch unter Umständen auch Aerzte Veranlassung finden, sich das betreffende Heftchen anzuschaffen.

Bezüglich der diesjährigen Naturforscher-Versammlung war in der Berl. Klin. Wochenschrift die Befürchtung ausgesprochen worden, dass durch die Weltausstellung in Paris und die vielen mit ihr verbundenen ärztlichen Kongresse die Frequenz der Versammlung bedenklich leiden möchte, und es war vorgeschlagen worden eventuell lieber einmal gar keine als eine verunglückte Naturforscher-Versammlung abzuhalten. Inzwischen hat jedoch die Geschäftsführung mitgetheilt, dass bereits umfassende Vorbereitungen für die Aachener Versammlung im Gange sind, so dass an einen Ausfall derselben nicht mehr zu denken ist. Vier allgemeine Vorträge, von van't Hoff-Berlin, Hertwig-Berlin, Naunyn-Strassburg und Chiari-Prag werden die Entwickelung der exakten Naturwissenschaften, der Biologie, der inneren Medizin mit Bakteriologie und Hygiene und der pathologischen Anatomie und äusseren Medizin behandeln. Ferner wird Professor Holzapfel-Aachen über die deutschen Kohlenlager, Professor von Drygalski-Berlin über die deutsche Süd-Polar-Expedition, Hansemann-Berlin über einige Zellenprobleme und ihre Bedeutung für die wissenschaftliche Begründung der Organ-Therapie und Julius Wolff-Berlin über die Wechselbeziehungen zwischen Form und Funktion der einzelnen Gebilde des Organismus sprechen.

Bei dieser Fülle interessanter Ankündigungen ist zu erwarten, dass die Versammlung ihre bisherige Anziehungskraft auch dies Jahr in nicht zu sehr verringertem Masse bewähren wird.

Die internationalen Kongresse

werden sich dieses Jahr im Anschluss an die Pariser Weltausstellung ganz besonders häufen; im Juli wird ein Kongress für Samariter- und Rettungswesen in der Ausstellung, kurz darauf eine Versammlung der medizinischen Fachpresse und der erste internationale Kongress für ärztliche Standesangelegenheiten tagen. Im August folgt dann der XIII. medizinische Kongress. Eine internationale Sanitäts-Konferenz officiellen Charakters soll, wie die Blätter melden, auf Anregung der italienischen Regierung geplant sein, insbesondere um über die Verkündigung der Quarantäne wegen Pest und ähnlicher Erkrankungen einheitliche Bestimmungen zu verabreden.

Berichtigung von Druckfehlern.

No. 3	S. 49 I	Z. 13 v. u.	lies	„beweisend“	statt	„annähernd“
„ 3	„ 50 I	„ 13 v. u.	„	„einen“	„	„feinen“
„ 3	„ 52 II	„ 2 v. o.	„	„Tic“	„	„activ“
„ 4	„ 69 I	„ 9 v. u.	„	„leicht“	„	„nicht“
„ 4	„ 72 II	„ 18 v. o.	„	„eine Reihe“	„	„ein Schein“
„ 5	„ 88 II	„ 30 v. o.	„	„demnächst“	„	„zunächst“

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ

für die gesammte

Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes

sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 7. Ausgegeben am 1. April.

Inhalt:

Traumatische Leukämie

Von
Dr. **Adolf Kutschera**, Ritter von Aichbergen,
k. k. Bezirksarzt in Graz.

Die zunehmende Beachtung, welche dem ursächlichen Zusammenhange der Leukämie mit Traumen in den letzten Jahren geschenkt wurde, veranlasst mich, drei einschlägige Fälle mitzutheilen, die ziemlich gleichzeitig zur Beobachtung gelangt sind.

Der erste Fall zeichnet sich besonders durch genaue Feststellung der wichtigen anamnestischen Momente und ununterbrochene ärztliche Beobachtung seit dem erlittenen Trauma aus.

Johann S., 50 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, ist verheirathet, kinderlos und war nie erheblich krank. In seinem auf 18 Jahre zurückreichenden Krankenbuche sind nur einige wenige und kurz dauernde Erkrankungen an Rheuma und an Bronchialkatarrh verzeichnet.

S. war schon seit vielen Jahren in derselben Fabrik beschäftigt und hatte daselbst drei Knochenmühlen zu bedienen. Seine Arbeitsleistung, die er täglich in elfstündiger Arbeitszeit verrichtete, bestand in dem Füllen der Mühltrichter mit den bereits zerkleinerten Knochen, die in Säcken zu 30—50 Kilo Gewicht neben den Mühlen aufgestapelt waren, und in dem Wegschaffen der 100 Kilo schweren, mit Knochenmehl gefüllten Säcke, das mittelst Rollkarrens erfolgte.

Am 28. November 1898 Abends erlitt S. dadurch einen Unfall, dass von den aufgeschichteten, mit Knochenschrot gefüllten Säcken einer herabfiel, ihn an der linken Körperseite traf und gegen den Rand des Mühltrichters drückte. S. erschrak hierüber heftig, musste sich auf etwa fünf Minuten niedersetzen, konnte jedoch dann, obgleich mühsam, zu Fuss in seine etwa einen Kilometer entfernte Wohnung gehen.

Auf dem Heimwege klagte er angeblich einem Mitarbeiter über Athemnoth, meinte jedoch, dass er am folgenden Tage werde wieder zur Arbeit kommen können.

Im Laufe der Nacht schwoll aber die Gegend des linken Rippenbogens in der Axillarlinie stark an und es stellten sich heftige Schmerzen ein, so dass S. am Morgen des 29. November den Kassenarzt holen liess, der eine Röthung und Schwellung der Weichtheile feststellte und die sofortige Erstattung der Unfallsanzeige unter der Diagnose „Quetschung der Rippen in der Milzgegend“ veranlasste.

Der behandelnde Arzt giebt an, dass er ungeachtet genauer Untersuchung in den ersten drei Tagen sonst nichts nachweisen konnte und ganz überrascht war, am vierten Tage plötzlich eine grosse Geschwulst unter dem linken Rippenbogen in der Bauchhöhle zu finden, die er wegen des akuten

und stürmisch fieberhaften Verlaufes für ein peritoneales Exsudat hielt.

Das Fieber dauerte 14 Tage, anfänglich war auch häufiges Aufstossen und beständiger Brechreiz vorhanden, der Unterleib war stark gespannt, es kam jedoch nicht zum Erbrechen.

In der siebenten bis neunten Woche traten heftige Darmblutungen auf, die sich im weiteren Verlaufe der Erkrankung mehrmals wiederholten.

Durch elf Wochen war der Kranke bettlägerig, blieb jedoch auch später vollkommen arbeitsunfähig.

Der Tumor in der Bauchhöhle nahm in den ersten Tagen sehr rasch, in den nächsten Monaten langsam zu, und blieb später ziemlich stationär.

Im Sommer 1899 füllte der Tumor nahezu die ganze linke Bauchseite von der neunten Rippe an bis zur Schamfuge herab aus, reichte in der Nabelgegend mit seinem deutlich scharfen Rande etwas über die Mittellinie nach rechts und zeigte eine vollkommen glatte Oberfläche.

An den Knochen und Lymphdrüsen waren keine Veränderungen wahrzunehmen, der Harn enthielt eine geringe Menge Eiweiss.

Im Blute war eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutkörperchen nachzuweisen, von welchen eines auf sechs rothe Blutkörperchen kam.

Im Winter 1900 wurde der Kranke neuerlich bettlägerig, es stellten sich zeitweise Fieber und Oedeme der unteren Extremitäten ein; hierbei verkleinerte sich der Tumor in ganz unbedeutendem Ausmasse.

Der Verfasser hat sich bei der Begutachtung des Falles, die ihm von der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Steiermark und Kärnten übertragen wurde, dahin ausgesprochen, dass die Arbeitsunfähigkeit des Kranken mit dem Unfalle vom 28. November 1898 in ursächlichem Zusammenhange steht und dass dieser Unfall zum Entstehen der Leukämie entweder wesentlich beigetragen oder aber die bereits vorher in ihren Anfängen bestehende Erkrankung in einer solchen Weise akut verschlimmert hat, dass hierdurch die dauernde volle Erwerbsunfähigkeit des Verletzten herbeigeführt worden ist.

Für dieses Gutachten waren folgende Erwägungen massgebend:

Der Unfall selbst war unzweifelhaft festgestellt und hatte die Gegend der Milz getroffen, wo der Hauptsitz der späteren Erkrankung sich befindet; die Gewalteinwirkung war, wie aus der Röthung und Schwellung der Weichtheile entnommen werden konnte, ziemlich erheblich; diese unmittelbaren Unfallsfolgen waren durch ärztliche Beobachtung nachgewiesen und gingen direkt in die leukämische Erkrankung über, ohne dass ein Zeitraum voller oder auch nur theilweiser Arbeitsfähigkeit dazwischen gefallen ist.

Die Möglichkeit einer absichtlichen Täuschung seitens des Kranken lässt sich deshalb ausschliessen, weil dieser zur Zeit, als die Unfallsanzeige erstattet wurde, nicht wissen konnte, dass er an Leukämie erkranken werde, da diese Diagnose selbst vom behandelnden Arzte erst weit später gestellt worden ist.

Es bleibt somit nur die Frage offen, ob die Leukämie etwa in ihren Anfängen bereits vor dem Unfalle bestanden hat; dies ist möglich, jedoch nicht wahrscheinlich, weil der Kranke seine ziemlich schwere Arbeit bis dahin anstandslos verrichtet hat und weil der ziemlich stürmische fieberhafte Beginn des Leidens auf eine akute Entwickelung desselben hindeutet, womit die ärztliche Beobachtung übereinstimmt, dass der Milztumor bereits am vierten Krankheitstage nachgewiesen wurde.

Der Kranke wird von der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Steiermark und Kärnten als gänzlich erwerbsunfähig unterstützt.

Gelegentlich der Demonstration des Patienten im Vereine der Aerzte Steiermarks erlangte der Verfasser Kenntniss, dass sich auf der medizinischen Klinik in Graz zwei Fälle von Leukämie befinden, die ebenfalls mit Verletzungen in Zusammenhang stehen und deren Veröffentlichung dem Verfasser vom Vorstande der Klinik, Professor Dr. Fr. Kraus, freundlichst überlassen wurde.

Der erste dieser Fälle betrifft einen 38 Jahre alten Eisenarbeiter Mathias Sch. aus St. Pölten, der mit fünf Jahren Blattern, mit 17 Jahren eine Lungenentzündung überstanden hatte, seither jedoch nie erheblich krank gewesen war. Am 27. August 1898 trug er ein Bündel Eisenstäbe im Gewichte von 50 Kilo auf der rechten Schulter, anstatt wie gewöhnlich auf der linken, weil er auf dieser wund geworden war. An Ort und Stelle angekommen, liess er das Bündel von der Schulter herabgleiten, indem er sich mit der rechten Brustseite etwas entgegenstemmte, und verspürte hierbei plötzlich einen Stich in dieser Seite. Sch. arbeitete an diesem Tage (einem Sonntage) noch bis Schichtschluss weiter und meldete sich am 29. August (Montags) krank, wobei er angab, heftige Kreuzschmerzen zu empfinden. Der Arzt stellte einen Bruch der dritten rechten Rippe mit Verschiebung der Bruchenden fest. Am 1. September wurde die Anzeige des Unfalls an die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Niederösterreich erstattet. Etwa drei Wochen nach dem Unfalle traten Schmerzen in der Milzgegend auf und wurde vom Arzte ein Milztumor festgestellt, der am 2. November 1898 bei der Aufnahme des Kranken in das Krankenhaus in St. Pölten schon ziemlich gross war. Erst im Januar 1899 trat ein Stillstand im Wachsthum des Tumors ein, der sich seither allmählich verkleinerte.

Im allgemeinen Krankenhause in Graz wurde der Kranke im Frühjahre 1899 aufgenommen und verblieb hier bis zu seinem im Dezember 1899 erfolgten Tode.

Aus dem Befunde ist hervorzuheben, dass die Milz sehr bedeutend vergrössert war; ihr Rand kam links vom Schwertfortsatz unter dem Rippenbogen hervor und überschritt die Mittellinie ober dem Nabel; etwa 2 Querfinger ober der Symphyse bog er wieder nach links um, und lagerte sich dann in die Darmbeinschaufel ein.

Die Leberdämpfung begann in der Mammillarlinie an der fünften Rippe und reichte zwei Querfinger unter den Rippenbogen nach abwärts.

An der dritten Rippe rechts war in der Brustwarzenlinie eine deutliche Stufe zu tasten, der Brustbeinkörper war stark schmerzhaft, das linke Schienbein ebenfalls etwas druckempfindlich, ebenso einzelne Brustwirbeldorne.

Die Lymphdrüsen waren am Halse, in den Achsel- und Leistengegenden bis zu Erbsen- und Mandelgrösse vergrössert.

Die Zahl der weissen Blutzellen war nur mässig vermehrt.

Zeitweilig stellte sich hohes Fieber unter entzündlichen Erscheinungen in den Athmungsorganen ein, welches auch unter zunehmender Schwäche den Tod unmittelbar verursachte.

Aus dem Obduktionsbefunde ist hervorzuheben, dass das Gewicht der Milz 2750 g und jenes der Leber 3400 g betragen hat.

In diesem Falle, der von der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Niederösterreich gleichfalls als vollständig erwerbsunfähig entschädigt worden ist, drängt sich der Gedanke auf, dass die Leukämie schon vor dem Unfalle vorhanden gewesen ist und der Unfall nur in Folge abnormer Brüchigkeit der Knochen zustande gekommen ist.

Obgleich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit anzunehmen war, dass die Leukämie in diesem Falle auch ohne Hinzutreten des Unfalls sich weiter entwickelt und zum Tode geführt hätte, erscheint die Gewährung der Unfallsentschädigung doch deshalb gerechtfertigt, weil die volle Arbeitsunfähigkeit des Arbeiters thatsächlich erst vom Tage des Unfalls ab eingetreten, daher durch den Unfall unmittelbar bedingt worden ist.

Der dritte Fall betrifft eine 21 Jahre alte Gouvernante J. F., die im Februar 1899 dadurch rücklings zu Boden fiel, dass ihr ein ungezogener Zögling den Sessel wegzog, als sie sich eben niedersetzen wollte; sie spürte nach diesem Falle Schmerzen im linken Hypochondrium, denen sie aber keine Bedeutung beilegte. Im April erkrankte sie an Gelenksrheumatismus und brachte deshalb 14 Tage im Spitale zu. Ende Mai bemerkte sie einen Tumor in der linken Milzgegend, der sich allmählig vergrösserte und im Winter 1899/1900 bereits beinahe bis zur Mittellinie und nach abwärts gegen die Symphyse reichte.

Das Blut zeigte eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutzellen.

In diesem Falle sind die Beziehungen der Leukämie zu dem erlittenen Trauma wohl am wenigsten klar, weil die Zeit zwischen dem Unfalle und dem Auftreten der leukämischen Erscheinungen Monate beträgt und in dieselbe überdies die schwere Erkrankung an Gelenkrheumatismus fällt.

Immerhin wird aber auch hier die Möglichkeit des Bestehens ursächlicher Beziehungen zur erlittenen Verletzung zugegeben werden müssen, was aber in diesem Falle ohne weitere Konsequenzen ist, da eine Entschädigung des Unfalles nicht in Betracht kommt.

Plötzlicher Tod nach Herausschneidung von vergrösserten Gaumen-Mandeln, ob durch Verblutung, Erstickung oder Shok?

Von
Dr. Bernhard Schuchardt-Gotha.
Geh. Regierungs- u. Ober-Medizinalrath a. D.

Den 16. Oktober 1896 machte der praktische Arzt Dr. F. in W. dem Amtsgerichte daselbst die Anzeige, dass er an diesem Nachmittage der Tochter der S. eine Mandel herausgeschnitten habe, ohne Anwendung von narkotischen Mitteln, und dass dieselbe kurz darauf, möglicher Weise an dem Blute, welches sich im Halse angesammelt, erstickt und so plötzlich verstorben sei. Er versicherte dabei, dass er sofort durch Eilboten den Staatsanwalt in G. von dem Vorfall in Kenntniss gesetzt habe. Der Bericht an letzteren lautete:

Ich nahm heute unter Hülfe meiner Wirthschafterin, Frau W. und deren zufälliger Weise anwesenden Sohn der 13jährigen Tochter der S. zu W. die geschwollenen Halsmandeln heraus. Während die rechte entfernt wurde, richtete sich das Kind plötzlich auf, schrie laut auf und dabei schoss ein Blutstrom aus ihrem Munde. Nach etwa 5 Minuten verschied das Kind in meinem Sprechzimmer. Der Tod erfolgte infolge Erstickung durch geschlucktes Blut. Ein Narkotikum war nicht angewendet worden. Ich stelle dem Staatsanwalt anheim, eine Obduktion vornehmen zu lassen. Wahrscheinlich ist ein grösseres Blutgefäss, welches in Folge der Entzündung der Mandeln verwachsen war, angeschnitten worden.

Am 17. Oktober Nachmittags wurde die gerichtliche Sektion vorgenommen.

A. Aeussere Besichtigung.

1. Die weibliche Leiche ist 134 cm lang und entspricht dem Alter von 13 oder 14 Jahren.

2. Die Hautfarbe ist im Allgemeinen blass, an der Rückenfläche ist stellenweise blaurothe, durch Einschnitte geprüfte Leichenfarbe verbreitet.

3. Beim Umwenden der Leiche fliesst aus Mund und Nase reichlich dunkel gefärbtes Blut.

4. Die grossen und kleinen Gelenke sind fast leichenstarr.

5. Verwesungsgeruch ist mässig bemerkbar.

6. Der Kopf ist bedeckt mit $1^1/_2$ Fuss langem, reichlichem blonden Haupthaar. Innerhalb desselben sind Verletzungen nicht vorhanden.

7. Im Gesicht sind die Augen nahezu geschlossen, die Lidbindehaut blass, die Augäpfel weich und nachgiebig, die Hornhäute trübe glänzend, die Iris blaugrau gefärbt, die Pupillen mässig weit, die linke etwas verzogen.

8. Die Farbe im Gesicht ist blass bläulich, die linke Backe röther gefärbt. Bei Einschnitten zeigt sich in der Haut kein Bluterguss.

9. In den Oeffnungen der Nase ist schaumiges Blut angesammelt und dieses und schwarzgefärbtes hat sich rechts bis zum Ohre und in die Haare ergossen.

10. Der Mund zeigt bläuliche Färbung der Lippen und ist mässig geröthet. Die bläulich rothe Zungenspitze liegt zwischen den Zahnreihen eingeklemmt, bei Druck tritt aus dem Munde schaumig rothe Flüssigkeit hervor.

11. Beide Ohren sind bläulich roth gefärbt, das rechte von zugeflossenem Blute beschmutzt, die Oeffnungen leer.

12. Der Hals ist stark beweglich, der Kehlkopf ragt nicht hervor.

13. Die Brust ist flach und hinreichend gewölbt.

14. Am Bauche, der flach und gering eingezogen ist, keine Veränderung.

15. Die Schamspalte schliesst, die grossen Lippen sind bläulich gefärbt.

16. Der After ist geschlossen.

17. An den Extremitäten, Händen und Füssen, keine Veränderungen; erstere zeigen geringe blutige Beschmutzungen.

B. Innere Besichtigung.

I. Kopfhöhle.

18. Es wird zunächst durch einen Längsschnitt am Halse rechterseits, entsprechend dem Kopfnicker, die Haut durchschnitten und die unterliegenden Theile untersucht.

19. Die grossen Gefässe des Halses, Schlag- und Blutadern und deren Verzweigungen, namentlich die aufsteigende Rachenader zeigen bis nahe zur Mundhöhle keine Verletzung, auch ist Blut in das Gewebe nirgends ergossen.

(Zusatzbemerkung zu 19: In einer nach oben verlaufenden Verzweigung der inneren Drosselvene sind mehrere kleine Luftbläschen vorhanden.)

20. Es wird darauf von aussen die Zunge mit weichem Gaumen, Mandeln, Gaumenbogen, Schlundkopf und oberem Theil der Speiseröhre, sowie Kehlkopf und Luftröhre herausgenommen.

21. Die Zunge und umliegenden Theile sind mit schwärzlichem Blute bedeckt.

22. Die linke Mandel zeigt bei flacher Form eine oberflächliche frische Schnittfläche, Blut ist daselbst in das umgebende Gewebe nicht ergossen.

23. Die rechte Mandel ist in vertikaler Richtung durchschnitten. Der abgeschnittene flachkugelige Theil ist mit derselben noch in Hautverbindung. Von der Schnittfläche der Mandel erstreckt sich nach hinten zu in das Gewebe eine etwa $^1/_2$ cm lange Fortsetzung der Schnittwunde, angefüllt mit schwärzlichem Blute. Beim Auseinanderlegen wird daselbst eine geringe Schlagaderöffnung, sowie eine solche, etwas grösser, einer Blutader durchschnitten aufgefunden.

24. Die Speiseröhre ist leer, die Schleimhaut blassroth und gerunzelt.

25. Im Kehlkopfe und oberen Theile der Luftröhre ist die Schleimhaut mit roth gefärbtem dunkeln Blute überlagert, die Farbe derselben etwas dunkler grauroth.

26. Durch einen Schnitt von einem Ohr zum anderen quer über den Scheitel wird die Kopfhaut gespalten und nach vorn und hinten zurückgelegt.

27. Die Kopfschwarte ist mässig dick, innen blass, auf dem Durchschnitt gelblich.

28. Die Beinhaut des Schädels ist gut sehnig und leicht abzuziehen.

29. Es wird darauf durch einen Zirkelschnitt das Schädeldach durchsägt und herabgenommen.

30. Die Kopfknochen sind mässig dick, stellenweise durchscheinend, der Durchschnitt blass.

31. Die harte Hirnhaut ist blassroth gefärbt, auf der Aussenseite rauh, auf der Innenseite sehnig und glatt, der Längsblutleiter leer.

32. Das Gehirn zeigt gute Wölbung der Halbkugeln.

33. Die weiche Hirnhaut ist zart, glänzend und durchscheinend, die Gefässe mässig gefüllt, im hinteren Theile stärker.

34. Die Substanz des Gehirns, die graue sowohl wie die weisse, zeigt weiche Konsistenz, starke Feuchtigkeit und auf Durchschnitte treten wenig Blutpunkte hervor.

35. Die grossen Gehirnganglien, Seh- und Streifenhügel, Balken, Brücke, Gehirnschenkel und verlängertes Mark sind von feuchter Beschaffenheit der Substanz, weich und fast zerfliesslich.

36. Beide Seitenkammern sind leer, die Adergeflechte und obere Gefässplatte bläulichroth gefärbt.

37. An der Gehirnbasis zeigt die weiche Hirnhaut glatte zarte Beschaffenheit, die Gefässe sind wenig mit Blut angefüllt.

38. In der Schädelbasis ist die harte Hirnhaut blass gefärbt und glatt, die Blutleiter sind stärker mit schwarzem Blute angefüllt.

II. Brust-Bauchhöhle.

39. Durch einen Schnitt vom Kinn bis zur Schamfuge links vom Nabel vorbei wird darauf die Haut gespalten und die Bauchhöhle eröffnet.

40. In derselben liegen die Organe in normaler Lage. Der obere Theil ist eingenommen durch den linken Leberlappen, darunter liegt, bräunlich gefärbt, der Querdarm, unterhalb gelb-röthlich gefärbte Dünndarmschlingen.

41. Das Zwerchfell steht beiderseits zwischen vierter und fünfter Rippe.

a) Brusthöhle.

42. Es wird darauf das Brustbein vorschriftsmässig herausgenommen und die Brusthöhle eröffnet.

43. In derselben liegen die Organe in normaler Lage.

44. Inmitten liegt der bläulich roth gefärbte Herzbeutel vor. Beiderseits daneben die blassroth gefärbten und marmorirten Lungenränder.

45. Der Herzbeutel enthält eine geringe Menge gelblich seröser Flüssigkeit; die Innenfläche ist glatt.

46. Das Herz, so gross wie die Faust, ist bräunlich gefärbt und zeigt unten und oben aufgelagertes Fett. Bei der Eröffnung sind beide Kammerzugänge für zwei Finger durchlässig.

47. Bei der Herausnahme des Herzens fliesst reichlich schwarz gefärbtes Blut.

48. Die rechte Herzkammer war leer, in der linken wenig Blut mit schwärzlichem Gerinsel.

49. Die Herzklappen sind zart und normal.

50. Das Herzfleisch ist braunroth gefärbt und misst in der linken Kammer 15, in der rechten 7 mm im Durchschnitt.

51. Die grossen Gefässe der Brusthöhle enthalten viel dunkel gefärbtes flüssiges Blut.

52. Die linke Lunge ist im oberen Lappen blassroth gefärbt, im unteren dunkler. Die Oberfläche ist glatt und glänzend, die Konsistenz schwammig, im unteren fester.

53. Auf dem Durchschnitt zeigt das Gewebe im oberen Lappen blassrothe Farbe; bei Druck tritt mässig viel blutiger Schaum hervor. Im unteren Lappen tritt reichlich Blut hervor.

54. Die Bronchien, die grossen — und auch feinen Verzweigungen zeigen blutige Auflagerungen, zum Theil geronnen, auf der Schleimhaut und lassen bei Druck schwarzes Blut reichlich hervortreten.

55. Die Gefässe sind mit Blut von schwarzer Farbe mässig angefüllt.

56. Die rechte Lunge zeigt an der Aussenseite leichte Verwachsungen mit dem Rippenfell. Der Unterlappen zeigt etwas stärkere Konsistenz. Auf dem Durchschnitt vermehrter Blutgehalt: übrigens verhält sie sich ebenso.

b. Bauchhöhle.

57. Das Netz ist zart und führt reichlich feinklumpiges Fett.

58. Die Milz ist 15 cm lang, 6 cm breit und $2^1/_2$ cm dick. Die Farbe blassbläulich roth, die Kapsel runzlich und schlaff. Auf dem Durchschnitt ist die Pulpa blassbräunlich gefärbt und blutleer.

59. Die linke Niere ist 15 cm lang, 5 cm breit und 4 cm dick. Die Kapsel ist leicht abzuziehen, stark fettreich. Die Oberfläche glatt und glänzend, die Farbe braunroth. Auf dem Durchschnitt Rinden- und Marksubstanz blass braunrothe Farbe, im Nierenbecken mässig viel Fett und geringer Blutgehalt.

60. Die rechte Niere ist 15 cm lang, 6 cm breit und 4 cm dick, im Uebrigen verhält sie sich ebenso.

61. Die Leber ist 23 cm breit, 20 cm hoch und 5 cm dick, die Oberfläche ist glatt und glänzend, die Konsistenz mässig fest. Auf dem Durchschnitt ist das Gewebe braunroth gefärbt, bei Druck tritt dunkel gefärbtes Blut reichlich hervor.

62. Die Gallenblase ist klein und enthält wenig bräunlich gefärbte, dünnflüssige Galle.

63. Der Magen ist aussen blassroth gefärbt, die Schleimhaut blass, stellenweise gerunzelt, und enthält etwa zwei Tassenköpfe voll dicklichen, grünlich gefärbten Speisebrei. Derselbe Inhalt ist auch im unteren Theile der Speiseröhre enthalten.

64. Der Dünndarm, dessen Schleimhaut blass und wenig gerunzelt ist, enthält stellenweise grosse Ansammlungen dicklichen und klumpigen, grünbraun gefärbten Inhaltes.

65. Im Dickdarm zeigt die Schleimhaut blasse Farbe; in demselben sind Kothmassen in grosser Menge vorhanden.

66. Die Harnblase ist fast leer, die Schleimhaut blass gefärbt und runzlich.

67. An den Geschlechtsorganen, Gebärmutter und Adnexen keine Veränderung.

Es gaben hierauf die Obduzenten ihr summarisches Gutachten folgendermassen ab:

Der Tod erfolgte durch Erstickung, verursacht durch Anfüllung der Luftwege mit ergossenem Blute.

Den 21. Oktober 1896 fanden bei dem Amtsgericht zu W. folgende Vernehmungen statt:

Dr. F.: Am 30. September d. J. wurde ich zu der 13 jährigen S. gerufen. Dieselbe klagte über Halsschmerzen. Bei der Untersuchung fand ich beide Mandeln stark in die Mundhöhle hineinragend und mit weissgelblichen Pfropfen besetzt (Angina follicularis). Ich verordnete Gurgelungen und machte den Vorschlag, wenn die entzündlichen Erscheinungen abgelaufen seien, die Mandeln herauszunehmen. Am Donnerstag

den 15. Oktober in meiner Abwesenheit schickte der Vater der S. wieder nach mir und liess am 16. morgens anfragen, wann denn endlich die Mandeln herausgenommen werden sollten. Ich ging nach der Sprechstunde hin, sah im Munde der S. nach und bestellte dieselbe auf Nachmittags in die Sprechstunde. Gegen $2^1/_2$ bis $2^3/_4$ Uhr erschien die Mutter mit ihrer Tochter. Die Mutter deutete mir durch Geberden an, dass sie bei der Operation nicht dabei sein möge. Ich rief daher meine Wirthschafterin, welche immer aushilft, und deren zufällig anwesenden Sohn herein. Während meine Wirthschafterin mit der rechten Hand den Kopf der Patientin an ihre Brust hielt, hielt sie mit der linken Hand den Zungenspatel, nachdem ich denselben in die gehörige Lage gebracht hatte. Der Sohn meiner Wirthschafterin hatte nur die Aufgabe, die etwas aufgeregte Patientin zu halten. Ich versuchte zuerst, mit dem Mathieu'schen Tonsillotom die Mandeln zu entfernen, da dasselbe jedoch nicht fasste, nahm ich ein halbgebogenes geknöpftes Messer. Ich fasste zuerst die linke Mandel mit einem scharfen Haken, zog dieselbe weit vor und schnitt sie ab. Die Patientin schrie dabei immer laut auf. Darnach liess ich den Mund gründlich ausspülen in ein kleines schwarzes Becken, in welches drei Wassergläser voll Flüssigkeit hineingehen. Darauf fasste ich die rechte Mandel mit dem Haken, zog sie ebenfalls weit vor und schnitt von oben nach unten. Während ich fast am unteren Ende der Mandel war, machte die Patientin eine heftige Brech- und Aufstehbewegung. Dabei ergoss sich eine dunkle Blutung und zugleich etwas Erbrochenes aus dem Munde in das sofort untergehaltene Becken. Ich liess die Mandel sofort los, neigte den Kopf der Patientin nach vorn und legte die Instrumente bei Seite. In diesem Augenblick rief meine Wirthschafterin: „Herr Dokter, sehen Sie“, oder so ähnlich, und ich sah die Patientin ohnmächtig. Ich legte sie sofort auf die rechte Seite, öffnete die Kleider, fuhr mit der Hand in den Mund, fand darin nur sehr wenig Blut, ebenso den Kehlkopf frei. Beim Hinlegen hatten sich noch einige Kubikcentimeter Blut und Erbrochenes aus dem Munde ergossen, die Patientin schnappte noch zweimal und war todt. Versuche, durch kunstgemässe Athmung das Leben zurückzurufen, waren erfolglos. Das ergossene Blut machte die kleine Schale, in welcher schon ein Glas Wasser und das Blut von dem ersten Mandelschnitt war, nicht voll. Die Patientin hat etwa $^2/_{10}$ Liter Blut im Ganzen verloren. Die Gesammtdauer der Operation hat etwa zehn Minuten betragen. Ich muss nun einen kleinen Irrthum berichtigen; ich schrieb in meinem Bericht an den Staatsanwalt, dass die S. innerhalb fünf Minuten todt war. Damit habe ich gemeint, dass ich nach etwa fünf Minuten den Tod konstatirt habe. Wie mir jetzt klar ist, ist das Ohnmächtigwerden schon das Zeichen des Todes gewesen. Es ist also der Tod äusserst plötzlich eingetreten, ohne Todeskampf, Erstickungserscheinungen etc. Entgegen meiner Anfangs gemeldeten Ansicht handelt es sich meiner Meinung nach wegen des Mangels jeglicher Verblutungs- oder Erstickungs-Erscheinung um einen Tod durch Herzschlag, wie es bei lymphatisch-chlorotischem Habitus nicht selten vorkommt. Dass dabei die Blutung und das Erbrechen eine gewisse Rolle gespielt habe, ist nicht auszuschliessen.

Die Wirthschafterin W., 43 Jahre alt, sagt aus: Ich bin Wirthschafterin bei Herrn Dr. F. und habe auch schon öfters bei Operationen Beistand geleistet. Am besagten Tage, Nachmittags nach $2^1/_2$ Uhr wurde das Kind auf einen Stuhl nach dem Fenster zu gesetzt, der Herr Doktor sass vor demselben, mein Sohn stand rechts und ich war links von demselben. Der Herr Doktor nahm meine Hand und sagte mir, wie ich das Kind halten sollte, mit der rechten Hand nach mir zu, damit es Schutz habe. Mein Sohn hielt dasselbe nur am Körper. Der Herr Doktor legte nun dem Mädchen ein Instrument in den Mund, mit dem die Zunge niedergedrückt wurde und welches ich mit meiner linken Hand hielt. Der Herr Doktor schnitt hierauf mit einem Instrument die eine Mandel, die linke, heraus. Das war sehr schnell geschehen. Ich habe hierauf dem Kinde ein Glas Wasser gegeben, mit dem es sich den Mund ausgespült und auch einmal getrunken hat. Das mit Blut vermischte Ausspülwasser hat es in eine dazu bereite Schale gespuckt. Nachdem das Mädchen — es war etwas aufgeregt —, sich wieder beruhigt hatte, musste es sich wieder hinsetzen und es wurde dann die zweite Mandel vorgenommen. Ich habe hierbei das Kind gerade wieder so gehalten und auch mit der linken Hand die Zunge niedergedrückt. Das Kind schrie natürlich, wie auch schon bei der ersten Mandel. Der Herr Doktor hörte auf und ging nach dem Waschbecken zu, ich hatte das Kind noch fest im Arm, da schüttelte es sich auf einmal und brach sich. Ich rief gleich den Herrn Doktor und wir legten das Kind sofort auf die Chaiselongue und zogen es aus, es wurde jedoch nicht wieder. — Auf Befragen: Beim Erbrechen fing das Kind an zu husten, vorher hatte es sich geschüttelt. Ob der Herr Doktor mit seiner Operation fertig geworden ist, weiss ich nicht; aber er ging nach dem Waschbecken zu, und wie sich das Kind schüttelte, habe ich gleich gerufen: „Herr Doktor, das Kind schüttelt sich.“ Wir haben dasselbe sofort ausgezogen und das Korsett aufgemacht, es ist jedoch nicht wieder geworden.

Das Gutachten des Amtsphysikus Dr. B. zu G. vom 26. Oktober 1896 lautete:

Auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft äussert sich der Unterzeichnete bezüglich des Todesfalles des Kindes S. und über event. dabei statt gehabtes Verschulden des behandelnden Arztes mit Rückgabe der Akten ganz ergebenst folgendermassen:

Als feststehend ist zunächst anzusehen, dass der Tod in Folge der an dem Kinde vorgenommenen Operation der Tonsillotomie, d. h. Entfernung der Mandeln durch Ausschneiden erfolgte. Es muss diese Operation, obwohl an sich ein geringfügiger Eingriff, zu den gewissermassen gefürchteten gezählt werden, weil bei derselben der Natur der Sache und der Oertlichkeit nach unglückliche Zufälle gefürchtet werden müssen und, wie bekannt, auch öfter eingetreten sind. Abgesehen von dem Umstande, dass dieselbe vielfach bei Kranken nothwendig wird, bei denen unruhiges und widerstrebendes Verhalten die Ausführung erschwert und — Anästhetika werden bei ihr mit Rücksicht auf event. eintretende unzuträgliche Zufälligkeiten vielfach vermieden — mit grösster Schnelligkeit ausgeführt werden muss, so bietet auch die Oertlichkeit des Operationsfeldes wegen der nahen Nachbarschaft mit den grossen Gefässen, Schlag- und Blutadern des Halses, an sich eine grosse Gefahr, insofern wenigstens, als Abnormitäten in Grösse und Verlauf der zu den Mandeln gehörigen Blutgefässe bei der Abtragung derselben unerwartete gefährliche und selbst tödtliche Blutungen verursachen können. Es wird indessen die Operation alltäglich und sehr häufig von den Aerzten geübt, meist ohne alle Zwischenfälle; letztere gehören zu den seltenen Ausnahmen.

Neben dem Zusammenhang der Zeit nach — der Tod erfolgte während oder gleich nach der Operation — hat die Obduktion der Leiche auch innere Verletzungen, durch die erstere hervorgerufen, als Todesursache festgestellt. Nach dem summarischen Gutachten erfolgte der Tod durch Erstickung, in Folge des Eindringens ergossenen Blutes in die Luftwege. Die Anzeigen der Erstickung wurden gefunden in der Anwesenheit frei ergossenen Blutes in der Luftröhre und deren grösseren und kleineren Verzweigungen, No. 25, 53 und 54 des Sektionsprotokolls, der dunklen, schwarzen Färbung des Blutes, No. 25,

38, 47, 51, 54 des Sektionsprotokolls, sowie in der stärkeren Blutanfüllung des Herzens und der Gefässe der Brusthöhle, No. 47, 51 des Sektionsprotokolls.

Wenn hier bezüglich der Angaben des behandelnden Arztes aus seiner Vernehmung vom 21. d. M. insofern beizutreten ist, dass der Tod ein sehr schneller war, mithin auch die Anzeichen der Erstickung sehr starke und vollkommen ausgeprägte nicht gewesen sind, so muss ihnen doch entgegen getreten werden in der Auffassung, dass Erstickungserscheinungen und solche der Verblutung überhaupt nicht vorhanden gewesen seien, der Tod vielmehr durch Herzlähmung, wie es bei lymphatisch-chlorotischem Habitus vorkomme, verursacht worden sei. Die Schätzung, dass die Verstorbene nur etwa $^{2}/_{10}$ Liter Blut überhaupt verloren habe, ist jedenfalls eine nur unsicher approximative, zweifellos hat das ergossene Blut, von dem auch ein Theil nach aussen floss und event. durch das Erbrechen wieder hervorgetrieben wurde, genügt, um die grossen Luftwege beider Lungen zu füllen und die Athembewegung und den Lufteintritt zu verhindern. Als primäre Todesursache ist demnach jedenfalls die Erstickung zu betrachten, während die Herzlähmung, wie in vielen Fällen, erst im Gefolge war. Lähmung des Herzens wäre wohl kaum eingetreten ohne den Bluterguss in die Luftwege, d. h. wenn die Operation rechterseits wie links ohne Blutung verlaufen wäre. Als konkurirrende Todesursache könnte mit viel mehr Berechtigung angezogen werden das Vorhandensein von Luftbläschen in einer Vene am Halse; bekanntlich verursacht die Aspiration von Luft in das Venensystem bei Verletzungen mitunter plötzlichen Tod; im vorliegenden Falle konnte diesem Umstande, abgesehen davon, dass die Luftmenge eine geringe war, die letztere Bedeutung nicht zugeschrieben werden, da der Lufteintritt auch artificiell, d. h. erst bei den angestellten Wiederbelebungsversuchen durch künstliche Athmung, also post mortem zu Stande gekommen sein konnte.

Als Quelle der Blutung ist in dem hinter der rechten Mandel gelegenen Gewebe des Gaumenbogens, in welches der Schnitt hineinreichte, ein kleines arterielles und grösseres venöses Gefäss verletzt, resp. durchschnitten aufgefunden worden, No. 23 des Sektionsprotokolls.

Der behandelnde Arzt ist nach seinem eigenen und nach Ausführungen von Zeugen in der gewöhnlichen sachgemässen Weise vorgegangen. Wenn nicht ein besonderes, für die Operation bestimmtes Instrument, das Tonsillotom, zur Anwendung kommt, wird dieselbe mittelst Anhaken mit der Hakenpincette und Schnittführung mit einem geknöpften, d. h. vorn an der Spitze gedeckten, mit stumpfem Knopfe versehenen Messer ausgeführt. Linkerseits ist das Entfernen der Mandel auf diese Weise ohne Zwischenfall vor sich gegangen. Auch auf der rechten Seite ist, wie der Befund No. 23 des Sektionsprotokolls erkennen lässt, der Schnitt durch den hervorgezogenen Theil der Mandel bewirkt worden; in diesem Momente hat wahrscheinlich die angegebene Brechbewegung des Kindes stattgefunden und ist, ehe das Messer zurückgezogen werden konnte, die Verletzung der betreffenden Theile, welche sich bei dem Brechakte gewaltsam hervordrängten, zu Stande gekommen.

Der Vorwurf der Fahrlässigkeit wird demnach gegen den behandelnden Arzt nicht erhoben werden können.

In Aufforderung der Staatsanwaltschaft zu G. gab ich unter dem 10. November 1896 ein Obergutachten ab.

Nachdem ich über den Thatbestand, wie er in dem Obigen aus den Aussagen des behandelnden Arztes und der Wirthschafterin und aus dem Sektionsprotokoll erhellt, und über den Schluss des Gutachtens des Amtsphysikus Dr. B. berichtet habe, fahre ich weiter fort:

Nach den oben angegebenen Mittheilungen über die Ausführung der Operation bis zum eingetretenen Tode und nach den Ergebnissen der gerichtlichen Sektion ist der ganze Hergang meiner Ansicht nach folgender gewesen.

Die 13jährige S., mässig kräftig und wohl etwas blutarm und reizbar, hatte bei wohl schon vergrösserten Mandeln gegen Ende September d. J. eine gutartige Mandelentzündung follikulärer Art durchgemacht, welche bald beseitigt wurde. Am 16. Oktober wurde die von dem behandelnden Arzt vorgeschlagene Herausschneidung der vergrösserten Mandeln auf Wunsch der Eltern des Kindes in der Wohnung des Arztes von demselben ausgeführt. Nach sachgemässer Fixirung der Patientin durch zwei Personen wurde von Dr. F. mittelst scharfen Hakens und geknöpften gebogenen Messers zuerst der hervorragende Theil der vergrösserten linken Mandel durch einen glatten vertikalen Schnitt entfernt. Nach Stillung der geringen Blutung, bei welcher auch schon während und vor der Operation sich das Mädchen aufgeregt und sehr unruhig gezeigt hatte, wurde zur Entfernung des hervorragenden Theiles der rechten Mandel in gleicher Weise geschritten. Schon war durch einen gleichen vertikalen Schnitt von oben nach unten der hervorragende Theil der Mandel bis auf einen kleinen Rest der Kapsel derselben nach unten durchschnitten, als das Mädchen ganz unerwartet einen heftigen Ruck mit dem ganzen Körper nach oben that und bei zugleich stattfindenden Brechbewegungen einen hinter und unter der durchschnittenen Mandel gelegenen Schleimhauttheil in die Messerschneide drückte, so dass dabei die daselbst bei der Sektion vorgefundene, $^{1}/_{2}$ cm lange Schnittwunde und die in derselben vorgefundene Durchschneidung einer dort gelegenen kleinen Schlagader und einer etwas grösseren Blutader bewirkt wurde. Unmittelbar nach dem angegebenen Ruck des Mädchens nach oben trat eine Ohnmacht ein; das Mädchen schnappte noch zweimal nach Luft und war tot. Dieses Nachobenfahren und Ohnmächtigwerden mit sofort eintretendem Tode, was Alles in ein paar Augenblicken, höchstens zehn Sekunden, verlief, ist unzweifelhaft als ein rascher, fast momentaner Stillstand der Herzthätigkeit, sogenannter Shok, in Verbindung mit gleichzeitiger, oder nur einige Sekunden später, ebenfalls vom Centrum aus eintretender Sistirung der Athembewegungen hinzustellen. Ein solches plötzliches Auftreten von Shok beobachtet man hin und wieder gerade bei lymphatisch-chlorotischen Personen jugendlichen Alters, wie nach der Mittheilung des behandelnden Arztes in diesem Falle vorlag. Hieran schloss sich unmittelbar auch ein Hervortreten von Blut aus den verletzten Gefässen und dasselbe floss, da in Folge des Shoks auch die Schluckbewegungen des Rachens, sowie die Schliessbewegungen des Kehlkopfseinganges aufgehört hatten, ungehindert durch den Kehlkopf in die Luftwege, ohne dass Hustenbewegungen ausgelöst wurden. Es ist dabei festzuhalten, dass dieses Hineinfliessen des Blutes in die Luftwege nicht etwa durch Behinderung des Gasaustausches in den Lungen Erstickung verursacht und so den Tod herbeigeführt hat, sondern die erste und direkte Ursache des Todes ist der rasche, in wenigen Sekunden sich vollziehende Shok, die Sistirung der Herzthätigkeit. Dagegen, dass das Einfliessen des Blutes in die Luftwege und eine dadurch herbeigeführte Erstickung, Behinderung der Athmung in den Lungen und des Gasaustausches in denselben, die erste, direkte und alleinige Ursache des Todes gewesen wäre, spricht schon der Umstand, dass bei dem Anfangen dieses Einfliessens, ja schon einige Sekunden vorher, der Shok begonnen hatte, welcher mit dem Auffahren nach oben, also schon vor Durchschneidung der Gefässe, auftrat und binnen

wenigen Sekunden schon die Herzthätigkeit und die Athmungsbewegungen und somit das Leben hatte erlöschen lassen. Dass zur Zeit des Beginnes der Blutung aus den verletzten Gefässen auch schon die Thätigkeit des Schluckens sistirt war, geht daraus hervor, dass im Magen sich kein Blut vorfand, welches sonst doch zum Theil herunter geschluckt worden wäre. Wenn dieser Shok nicht vorgekommen wäre, oder wenn man denselben etwa nicht als die direkte Todesursache ansehen wollte, sondern als solche nur eine Erstickung, so hätten die Erstickungserscheinungen während des Lebens in Folge des Einfliessens von Blut in die Luftwege in der bekannten Weise auftreten müssen, und es würde von dem Beginn dieses Einfliessens bis zu den dadurch bedingten Behinderungen des Athmens und zu dem durch Erstickung alsdann erfolgten Tode eine viel längere Zeit, als hier beobachtet worden ist, verflossen sein müssen. Endlich hätten sich bei der Sektion die bekannten charakteristischen Erscheinungen des Erstickungstodes vorgefunden haben müssen. Nichts von alledem liegt hier vor. Von, die Lebensgefahr anzeigenden Erscheinungen sind nach dem durch das jähe Auffahren in die Höhe bezeichneten Anfange des Shoks bis zu dem eingetretenen Tode nur die Ohnmacht und das zweimalige Schnappen nach Luft, was schon den eintretenden Tod bedeutete, beobachtet worden, während bei alleiniger Herbeiführung des Todes durch Erstickung die Athembewegungen sich noch einige Zeit in stürmischer Weise geäussert haben würden, wovon durchaus nichts beobachtet worden ist. Auch ist die Zeit, innerhalb welcher eine derartige Erstickung zum Tode führt, eine weit längere, als die hier beobachtete von einigen Sekunden, indem doch wohl, selbst bei dem kürzesten Verlaufe, bei der Erstickung eine Anzahl von Minuten verstreicht, bis das Leben erlischt, wobei hier in unserem Falle insbesondere auch noch zu beachten ist, dass bei der Kleinheit der verletzten Gefässe die Menge des ausfliessenden Blutes nur eine mässige war und eine durch dieselbe bewirkte Behinderung der Luftaufnahme in die Lungen nur nach und nach einen grösseren Umfang annehmen konnte, also jedenfalls eine weit grössere Zeit bis zum Eintreten des Todes hätte verstreichen müssen. Endlich hat sich bei der Sektion nichts von dem gefunden, was für den Erstickungstod charakteristisch ist: Cyanose des Gesichts, insbesondere bläuliche Färbung des freien Randes der Lippen, Ecchymosen in verschiedenen Theilen des Körpers, besonders in den Brustfellen und dem Herzbeutel, Injektion und Röthung der Schleimhaut der Luftwege, Blutüberfüllung des Gewebes der Lungen, Oedem, starkes Aufgetriebensein derselben, Blutüberfüllung des rechten Herzens, schaumige (mit kleineren und grösseren Luftbläschen durchsetzte) Beschaffenheit der in den Luftwegen befindlichen Flüssigkeit u. s. w. wurden bei der Sektion nicht beobachtet.

Von einem Tode durch Verblutung kann hier selbstverständlich nicht die Rede sein, da eine solche aus kleinen Gefässen eine längere Zeit in Anspruch genommen hätte, und es deutet kein einziger Befund bei der Sektion auf eine solche Ursache. Nach aussen war im Ganzen sehr wenig Blut zu Tage gefördert worden (der behandelnde Arzt schätzt es etwa auf $^2/_{10}$ Liter), und auch das in verschiedenen Höhlen des Körpers (der Nasen- und Mundhöhle) und in den Luftwegen vorgefundene Blut war von mässiger Menge.

Auf das Vorhandensein mehrerer kleiner Luftbläschen in einer nach oben verlaufenden Verzweigung der inneren Drosselvene ist für die Deutung der Todesursache kein weiteres Gewicht zu legen, zumal da keine Luftblasen in anderen Gefässen und insbesondere im Herzen gefunden wurden.

Der Tod des Mädchens ist demnach durch den bei der Operation plötzlich aufgetretenen und in kürzester Zeit verlaufenen Shok, Stillstand der Herzthätigkeit, herbeigeführt worden. Der Tod würde unter diesen Umständen wohl auch eingetreten sein, wenn im Beginn des Shoks die vorgefundenen Gefässverletzungen nicht stattgefunden hätten.

Aus allen diesen Erörterungen geht mit vollständiger Gewissheit hervor, dass der Arzt bei dieser Operation durchaus sachgemäss vorgegangen ist und dass ihm in keiner Weise irgend ein Verschulden an dem plötzlichen Tode des Mädchens beizumessen ist.

Bei der heut zu Tage leider immer grösser werdenden Neigung des gedankenlosen grossen Publikums, die Thätigkeit des praktischen Arztes mit Misstrauen zu verfolgen, war es in diesem Falle gewiss das Richtige, die Vorgänge desselben der genauesten gerichtlichen Untersuchung zu unterbreiten, um so jeder Verdrehung und falschen Beurtheilung vorzubeugen. Es sei noch bemerkt, dass Dr. F. ein sehr tüchtiger Chirurg ist und das Wissenschaftliche und Praktische dieses Faches in seinem ganzen Umfange vollkommen beherrscht.

Ueber das Recht der Schuldverhältnisse zwischen Aerzten nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche.

Von
Dr. Karl Gumpertz-Berlin,
Nervenarzt.

Die Verträge der Behörden wie auch der Krankenkassen mit ihren Aerzten werden ausnahmslos schriftlich fixirt, enthalten auch gewöhnlich eine ausreichende Zahl von Paragraphen, in denen der Art des Dienstes, des Urlaubs, der Kündigung gedacht ist. Vor allem sind diese Verträge stets befristete und die Dauer ihrer Geltung ist genau bekannt. Auch hinsichtlich der Rechte und Pflichten, sowie der Kündigungsbedingungen der Hausärzte dürfte ein Zweifel kaum obwalten.

Hingegen giebt es verschiedene Arten privater Beziehungen zwischen Aerzten, welche gewöhnlich auf unbestimmte Zeit eingegangen werden oder sich auch nur vorübergehend aus der Eigenart des ärztlichen Geschäftes von selbst ergeben. Die rechtliche Tragweite solcher Beziehungen ist häufig den Betheiligten unbekannt.

Das Bürgerliche Gesetzbuch ist nun durchweg bemüht, die Forderungsrechte und Leistungspflichten zu fixiren, welche aus solchen mündlichen, unbefristeten, oft nur aus der Verkehrssitte resultirenden Verträgen stammen.

I.

Der Eckpfeiler des modernen sozialen Lebens ist der Dienstvertrag:[1])

§ 611. Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Theil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.

Gegenstand des Dienstvertrags können Dienste jeder Art sein.

Absatz 2 bezieht sich offenbar auch auf die sog. Operae liberales, als welche sowohl die ärztlichen Bemühungen selbst, wie die Unterstützung bei diesen, die besoldete Assistenz und Vertretung zu betrachten sind. Die Dienste sind zu leisten nach dem Prinzip von Treu und Glauben:

§ 242. Der Schuldner ist verpflichtet, die Leistung so zu bewirken, wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern.

Natürlich ist auch der Dienstberechtigte, welcher ja ebenfalls eine Leistung zu bewirken hat, diesem Prinzipe unterworfen.

§ 612. Eine Vergütung gilt als stillschweigend vereinbart, wenn

[1]) Oertmann, Rechte der Schuldverhältnisse, 1899. S. 330.

die Dienstleistung den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.

Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmässige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen.

Fordert demnach ein Arzt einen anderen zur Vertretung oder Assistenz auf, so hat der Auffordernde dem Aufgeforderten die taxmässige Gebühr zu entrichten, falls nicht bekannt war, dass die Leistung unentgeltlich sein sollte.

§ 613. Der zur Dienstleistung Verpflichtete hat die Dienste im Zweifel in Person zu leisten. Der Anspruch auf die Dienste ist im Zweifel nicht übertragbar.

Durch Zuziehung eines blossen Gehilfen bleibt die Leistung die des Dienstverpflichteten.

Für den letzteren bedeutet diese Bestimmung nicht nur eine Pflicht, sondern auch ein Recht, indem er bei persönlicher Verhinderung zur Bestellung eines Vertreters nicht verpflichtet ist (Oertmann).

Engagire ich also einen Vertreter mit festen Bezügen, und dieser erkrankt, so bin ich, nicht er zur Stellung eines neuen Vertreters verpflichtet. Erkrankt der fixirte Hausarzt einer Familie, so muss diese im Bedarfsfalle auf ihre Kosten einen neuen Arzt nehmen.

Das Gleiche geht hervor aus

§ 616. Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig, dass er für eine verhältnissmässig nicht sehr erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird.

Solche Hinderungsgründe werden vornehmlich Erkrankungen sein (die sich der Schuldner nicht leichtsinnig zugezogen!) sowie militärische Pflichten, Todesfälle in der Verwandtschaft etc. Ist der eigene Praxis treibende Assistenzarzt durch einen eiligen Fall vorübergehend an der Assistenz verhindert, so ist dies wohl auch als ein in seiner Person liegender Grund aufzufassen.

§ 617 Abs. 1. Ist bei einem dauernden Dienstverhältnisse, welches die Erwerbsthätigkeit des Verpflichteten vollständig oder hauptsächlich in Anspruch nimmt, der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte ihm im Falle der Erkrankung die erforderliche Verpflegung und Behandlung bis zur Dauer von sechs Wochen, jedoch nicht über die Beendigung des Dienstverhältnisses hinaus zu gewähren, sofern nicht die Erkrankung von dem Verpflichteten vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt worden ist. Die Verpflegung und ärztliche Behandlung kann durch Aufnahme des Verpflichteten in eine Krankenanstalt gewährt werden. Die Kosten können auf die für die Zeit der Erkrankung geschuldete Vergütung angerechnet werden. Wird das Dienstverhältniss wegen der Erkrankung von dem Dienstberechtigten nach § 626 gekündigt, so bleibt die dadurch herbeigeführte Beendigung des Dienstverhältnisses ausser Betracht.

Auch bei anderen Verpflichtungen des Dienstberechtigten wird uns die Frage beschäftigen: nimmt das Dienstverhältniss die Erwerbsthätigkeit des Verpflichteten vollständig oder hauptsächlich in Anspruch? Vollständig natürlich nur dann, wenn er ausserdem nichts (etwa durch eigene Praxis) verdient, hauptsächlich dürfte Jemand durch ein Dienstverhältniss in Anspruch genommen werden, welches ihn täglich auf bestimmte Stunden bindet, so dass er eine andere Verpflichtung daneben nicht eingehen kann. Die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten wird wohl in der Gemeinsamkeit der Wohnung oder der Hauptmahlzeiten gesehen. Die Bestimmung trifft vornehmlich einen in der Krankenanstalt wohnenden Assistenzarzt. Wird durch fristlose Kündigung (§ 626) das Verhältniss vorzeitig gelöst, so geht die Verpflichtung zur Krankenpflege über den so bedingten Schluss des Dienstverhältnisses hinaus.

Natürlich wird der erkrankte Assistenzarzt im Krankenhause ebenso verpflegt werden müssen, wie es seinem Stande und seiner bisherigen Stellung in der Häuslichkeit des Dienstgebenden entsprach, also in einer höheren Verpflegungsklasse.

§ 618 Abs. 1. Der Dienstberechtigte hat Räume, Vorrichtungen und Geräthschaften, die er zur Verrichtung der Dienste zu beschaffen hat, so einzurichten und zu unterhalten und Dienstleistungen, die unter seiner Anordnung oder seiner Leitung vorzunehmen sind, so zu regeln, dass der Verpflichtete gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet.

Abs. 3. Erfüllt der Dienstberechtigte die ihm in Ansehung des Lebens und der Gesundheit des Verpflichteten obliegenden Verpflichtungen nicht, so finden auf seine Verpflichtung zum Schadenersatze die für unerlaubte Handlungen geltenden Vorschriften der §§ 842 bis 846 entsprechende Anwendung.

Die Vorschriften des § 618 bedeuten eine sehr wichtige Schutzbestimmung für Aerzte, die in privatem oder öffentlichem Auftrage thätig sind. Erkranken sie durch Thätigkeit in schlecht geheizten Räumen, verletzen sie sich durch schadhafte Instrumente, verunglücken sie durch mangelhafte Beleuchtung, so können sie den Unternehmer regresspflichtig machen. Ebenso hat der Vertreter oder Assistenzarzt von seinem Auftraggeber oder Chefarzt Ersatz zu fordern nach Massgabe der §§ 842—846.

§ 842. Die Verpflichtung zum Schadenersatze wegen einer gegen die Person gerichteten unerlaubten Handlung erstreckt sich auf die Nachtheile, welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten herbeiführt (der Grund der Verschuldung des Dienstberechtigten ist gleichgiltig).

§ 619. Die dem Dienstberechtigten nach §§ 617, 618 obliegenden Verpflichtungen können nicht im Voraus durch Vertrag aufgehoben oder beschränkt werden.

Eine solche Bestimmung im Kontrakte wäre demnach nichtig. Dagegen kann auf die entstandenen konkreten Ersatzansprüche verzichtet werden.[2])

§ 620. Das Dienstverhältniss endigt mit dem Ablaufe der Zeit, für die es eingegangen ist.

Ist die Dauer des Dienstverhältnisses weder bestimmt noch aus der Beschaffenheit oder dem Zwecke der Dienste zu entnehmen, so kann jeder Theil das Dienstverhältniss nach Massgabe der §§ 621 bis 623 kündigen.

Der Zeitpunkt braucht nicht kalendermässig fixirt zu sein. Ich engagire einen Vertreter für die Dauer meiner Krankheit, meiner Reise, einen Assistenten für die Zeit, in welcher mir eine bestimmte Nebenbeschäftigung obliegt etc.

Die Kündigung ist eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung, Voraussetzung einer giltigen Kündigung ist Unbedingtheit derselben[3]).

§ 621. Ist die Vergütung nach Tagen bemessen, so ist die Kündigung an jedem Tage für den folgenden Tag zulässig.

Ist die Vergütung nach Wochen bemessen, so ist die Kündigung nur für den Schluss einer Kalenderwoche zulässig; sie hat spätestens am ersten Werktage der Woche zu erfolgen. Ist die Vergütung nach Monaten bemessen, so ist die Kündigung nur für den Schluss eines Kalendermonats zulässig, sie hat spätestens am 15. des Monats zu erfolgen.

Ist die Vergütung nach Vierteljahren oder längeren Zeitabschnitten bemessen, so ist die Kündigung nur für den Schluss eines Kalendervierteljahres zulässig.

§ 622. Das Dienstverhältniss der mit festen Bezügen zur Leistung von Diensten höherer Art Angestellten, deren Erwerbsthätigkeit durch das Dienstverhältniss vollständig oder hauptsächlich in Anspruch genommen wird, insbesondere der Lehrer, Erzieher, Privatbeamten, Gesellschafterinnen, kann nur für den Schluss eines Kalendervierteljahres und nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs

[2]) Oertmann, l. c. S. 341.

[3]) Immerwahr, Die Kündigung, Breslau 1898, S. 81.

Wochen gekündigt werden, auch wenn die Vergütung nach kürzeren Zeitabschnitten als nach Vierteljahren berechnet ist.

Zweifelsohne fällt unter solche Dienste höherer Art auch die Thätigkeit des Assistenzarztes, dessen Vergütung in der Regel nach Monaten bemessen ist.

Nach Tagen oder Wochen wird gewöhnlich die Vergütung der ärztlichen Vertreter bemessen; diese können in der Regel nicht auf eine so lange Kündigungsfrist Anspruch machen, weil das Vertragsverhältniss von vorn herein als ein vorübergehendes gedacht war.

Ueber den Begriff des durch das Dienstverhältniss vollständig oder hauptsächlich in Anspruch genommenen Erwerbsthätigkeit vergl. die Bemerkung zu § 617.

Die Bestimmungen der §§ 621 oder 622 enthalten nicht zwingendes, sondern dispositives Recht[4]) sind also durch Vereinbarung zu ändern (Planck). Ist jedoch der Kontrakt für den Arbeitnehmer drückend, so kann er als gegen die guten Sitten verstossend ungültig erklärt werden, wenn z. B. Arzt A — der dienstberechtigte — täglich, Arzt B. — der dienstpflichtige — nur vierteljährlich kündigen darf.

§ 623. Ist die Vergütung nicht nach Zeitabschnitten bemessen, so kann das Dienstverhältniss jederzeit gekündigt werden; bei einem die Erwerbsthätigkeit des Verpflichteten vollständig oder hauptsächlich in Anspruch nehmenden Dienstverhältniss ist jedoch eine Kündigungsfrist von zwei Wochen einzuhalten.

Diese Bestimmung ist anwendbar auf den nach Massgabe seiner Leistungen (gewissermassen nach Stücklohn!) bezahlten Assistenzarzt.

Wird demselben nicht die Leistung, sondern das Geleistete bezahlt (z. B. Gutachten), so dürfte seine Thätigkeit unter den Werkvertrag (s. u.) fallen. Dem § 623 steht — hinsichtlich seiner Anwendung auf höhere Dienste — der § 627 entgegen (s. u.).

§ 625. Wird das Dienstverhältniss nach dem Ablaufe der Dienstzeit von dem Verpflichteten mit Wissen des anderen Theiles fortgesetzt, so gilt es als auf unbestimmte Zeit verlängert, sofern nicht der andere Theil unverzüglich widerspricht.

Nur wenn der Dienstverpflichtete die Dienste erklärtermassen aus Gefälligkeit fortsetzt, so liegt hierin keine relocatio tacita (Planck[5]).

§ 626. Das Dienstverhältniss kann von jedem Theile ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Diese Kündigung bei Hinzutritt eines äusseren Ereignisses heisst korrekter Rücktritt.[6])

Der wichtige Grund für die Auflösung des Vertrages liegt nach Crome[7]) vor, wenn in Person des einen Kontrahenten Umstände eingetreten sind, unter welchen dem anderen Kontrahenten die Fortsetzung des Dienstvertrags nicht weiter zuzumuthen ist.

Diese Gründe können in der Person des Kündigenden ebensowohl wie in der der anderen Partei liegen.

Z. B.: Arzt A. hat Arzt B. als Assistenten für die von ihm geleitete Anstalt engagirt. Durch eigenartige Zufälle verliert A. den grössten Theil seiner übrigen Praxis, so dass er jetzt den Anstaltsdienst allein besorgen kann. Oder B. kündigt, weil er nicht von seinen kranken Angehörigen fort kann etc.

Meist liegt natürlich der vorgeschützte Rücktrittsgrund in der Person des Gegners. A. findet, dass B. zu wenig Interesse für die Assistenz hat, zu selbständig wird etc., oder B. will zurücktreten, weil A. ihn nicht nach Wunsch fördert etc.

Natürlich wird im Streitfalle nicht ein solches Rücktrittsmotiv zur plötzlichen Kündigung ausreichen, sondern nur objektive, der Fortsetzung des Dienstvertrages hinderliche, von der kündigenden Partei zu beweisende Thatsachen.

[4]) Oertmann, l. c. 342, 343.

[5]) Citirt nach Oertmann, l. c. p. 344.

[6]) Immerwahr, l. c. S. 2 u. 3.

[7]) Citirt nach Oertmann, l. c. S. 345.

Referate.

Allgemeines.

Die Bekämpfung der Tuberkulose.

Sammelbericht über neuere Arbeiten.

Seitdem auf dem vorjährigen Tuberkulosekongress die für den Kampf gegen die Schwindsucht wichtigsten Fragen eingehend erörtert worden sind, ist in der periodischen Litteratur die Zahl der Veröffentlichungen auf diesem Gebiete wieder mächtig angewachsen. Schon bei der Naturforscher-Versammlung in München wurde wieder eine Anzahl von Vorträgen über die Tuberkulose gehalten, die seither veröffentlicht worden sind, und auch sonst haben die ärztlichen Zeitschriften zahlreiche Beiträge zu der weltbewegenden Frage gebracht. Statt jede dieser Arbeiten einzeln zu besprechen, empfiehlt es sich, das im Sinne der praktischen Hygiene Bemerkenswertheste im Zusammenhang wiederzugeben.

Hueppe[1]) hat in dem Vortrage, mit dem er die gemeinsame Sitzung der Sektionen für Hygiene und innere Medizin zu München eröffnete, in grossen Zügen die Aufgaben gezeichnet, die im Kampf gegen die Tuberkulose zu erfüllen sind. Drei Grössen müssen gleichmässig berücksichtigt werden: der Krankheitserreger, die Krankheitsanlage die Uebertragungsmöglichkeit. Gerade in Bezug auf den Krankheitserreger sind aber noch mancherlei Fragen offen. Die von Virchow angezweifelte Identität der Tuberkulose bei Säugethieren mit der bei Hühnern ist inzwischen durch Versuche von Hueppe selbst und Andern bewiesen worden. Weniger klar sehen wir noch bezüglich der sogenannten Pseudotuberkulose, deren Bazillen im Freien an Gräsern u. s. w. vorkommen, säurebeständig sind und, Thieren eingespritzt, kleinste Tuberkel erzeugen, ohne jedoch sonst ganz gleiche Eigenschaften, wie die echten Koch'schen Bazillen zu haben. (Insbesondere sind sie viel plumper von Gestalt als jene.) Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese beiden Formen eng verwandt sind. Und nun folgert H. weiter: Auch der Tuberkelbacillus ist nicht immer an die höheren Thiere als Parasit gebunden gewesen, auch er vegetirte einmal im Freien, musste eine bestimmte Beschaffenheit der Gewebe bei den erkrankungsfähigen Thieren vorhanden sein, um die engen Wechselbeziehungen zwischen Pilz und Pilzträger zu schaffen, die in der Krankheit selbst ihren Ausdruck finden. Damit kommt Hueppe auf die Krankheitsanlage zu sprechen, die dem Individuum innewohnt. Er mahnt, beim kranken Menschen nicht blos Mittel zur Vernichtung der Bazillen, sondern auch Mittel zur Unterstützung der Gewebe im Kampf gegen die Bazillen zu suchen. Dies ist ebenso gut wie jenes eine spezifische Behandlung. Dass man, um die Verbreitung der Krankheit zu hemmen, die Bazillen vernichten soll, wo immer man ihrer habhaft wird, ist selbstverständlich. Der wichtigste Theil aller dahin gerichteten Bestrebungen ist die Reinlichkeit. Desinfektion im eigentlichen Sinne soll man, statt an die Mittel des Einzelnen und des Staates übermässige Anforderungen zu stellen, nur dort anwenden, wo die Krankheitserreger unmittelbar zu fassen sind. Das eigentlich grosse Mittel aber im Kampf gegen die Tuberkulose bleibt die soziale Hygiene, die Bekämpfung der in den ungenügenden Gesundheitsverhältnissen des Volkes begründeten Krankheitsanlage, und hier ist der Hebel anzusetzen bei den Arbeiterwohnungen, die verbessert werden müssen, bei der Volksernährung, die zu arm an Eiweiss ist, und bei der körperlichen Erziehung

der Jugend, die durch Volksspiele und passende Körperübungen in den Schulen gefordert werden muss.

Viel weiter geht, zum Theil in scharfem Gegensatz gegen Hueppe, der Mailänder Tonta,[2] der zwar auch eine Verbesserung der Ernährungsverhältnisse der Minderbemittelten fordert, daneben aber eine lange Reihe der einschneidensten Massregeln für unerlässlich hält. Nicht nur da, wo man mit einiger Sicherheit die Bazillen vermuthen kann, sollen sie bekämpft werden, sondern an allen möglichen Orten, wo sie sich vielleicht aufhalten könnten. Alle vom Publikum viel besuchten Oertlichkeiten, bezw. überhaupt alle Stätten, wo viel Menschen zusammen zu kommen pflegen, sollen periodisch desinfizirt, alle Menschen, welche Schulen, Akademien, Bureaus, Institute und Fabriken besuchen, sollen alljährlich von Aerzten, alle tuberkulosefähigen Hausthiere von Bezirksthierärzten untersucht, alle Stallungen, Märkte und Schlachthäuser streng überwacht werden!! Es darf nicht Wunder nehmen, dass ein so radikaler Reformer den Tuberkulösen auch das Heirathen zu verbieten vorschlägt. Aussichtsvoller dünkt uns das von Pribram[3]) ausgesprochene Prinzip: Nicht die wirksamsten, sondern die am ehesten durchführbaren Massregeln müssen in erster Reihe angestrebt werden. Dahin rechnet P. die amtliche Desinfektion der Effekten verstorbener Schwindsüchtiger mit Ersatz des vernichteten durch den Staat, die Anzeigepflicht fü derartige Todesfälle, die Gründung von Heilstätten, die stetige Belehrung des Publikums u. s. w.

Unter den minder umfassenden, nur einzelne Seiten der Prophylaxe behandelnden Arbeiten wäre zunächst die von Hentzelt[4]) zu erwähnen, welche vorschlägt, für minderwerthige Kinder Erziehungsstätten einzurichten, in denen sie unter möglichst günstigen Gesundheitsbedingungen aufwachsen und auf einen ihren körperlichen Fähigkeiten angemessenen Beruf vorbereitet werden könnten. Heubner[5]) formulirt genauer, welche Kinder in Heimstätten unterzubringen wären: 1. solche, deren Eltern oder Angehörige tuberkulös sind; 2. Kinder gesunder Eltern, die durch konstitutionelle Krankheiten, z. B. Lues, zur Tuberkulose disponirt sind; 3. Skrophulöse; 4. solche, die in Folge überstandener Krankheiten, wie Masern, Diphtherie, Keuchhusten, widerstandsunfähig geworden sind. Den Schutz der Kinder bespricht auch Volland.[6]) Er führt aus, dass die Skrophulose der Kinder nur eine allerdings gewöhnlich ausheilende, aber oft genug später in ihrer wahren Gestalt wieder ausbrechende Tuberkulose sei. Die Krankheitskeime aber hole sich das Kind aus dem Schmutz des Fussbodens, denn nirgends seien die Keime der Tuberkulose häufiger zu finden, als in diesem. Abgesehen also von der Forderung, den tuberkulösen Auswurf möglichst zu beseitigen, sollen Diejenigen, denen die Pflege der Kinder obliegt, bestrebt sein, die Hände der Kinder vom Fussboden fernzuhalten. Zur Belehrung müssen Schulen oder Lehrgänge für Kinderpflege geschaffen werden. Ein sehr einfaches Mittel zur Bekämpfung der Krankheitsdisposition sieht Barth[7]) in einer von früh auf durchgeführten regelmässigen Athemgymnastik.

Einen Weg zur Verbreitung der Tuberkulose erblickt Krönig[8]) darin, dass besonders durch die Schleppen und Mäntel der Frauen Auswurf, der oft tuberkelbazillenhaltig ist, in die Wohnungen geschleppt wird. Er räth zur Abschaffung jener am Boden schleifenden Kleidungsstücke und zur Vorsicht besonders beim Herabsteigen von Stufen. Moëller[9]) meint, dass die Fliegen oft Träger der Tuberkelkeime sind. Die von Rabinowitsch u. A. ausgeführten Untersuchungen von Milch und Milchpräparaten als Verbreitern der Tuberkelkeime hat Ascher[10]) mit ähnlichem Ergebniss fortgesetzt (cf. 1899 S. 262.)

Von der Verhütung zur Behandlung der Tuberkulose übergehend haben wir zunächst der Arbeiten zu gedenken, die sich auf die möglichst frühzeitige Erkennung der Krankheit, die erste Vorbedingung ihrer Heilung beziehen. Eine Seite dieser Frage, nämlich die Untersuchung des Auswurfs, besprechen Brieger und Neufeld.[11]) Sie stellen vier Grundsätze auf. Erstens muss der Auswurf nicht nur auf Tuberkelbazilleu, sondern auch auf andere Bazillen, speziell die Erreger der sogenannten Mischinfektionen untersucht werden. Hier kommt besonders der Influenzabacillus in Frage. Zweitens hat die Untersuchung, wenn keine Tuberkelbazillen gefunden werden, öfters und zwar in grösseren Abständen zu geschehen, drittens soll in jedem Fall der klinische Befund berücksichtigt werden — das ist doch wohl eigentlich selbstverständlich! — und viertens endlich soll in den nach mehrfacher Untersuchung zweifelhaften Fällen die ebenso gefahrlose als sichere Probe mit Tuberkulin gemacht werden. Die Mischinfektionen sind besonders deswegen wichtig, weil bei ihnen das Krankheitsbild und der bakteriologische Befund durch die nichttuberkulöse Erkrankung so beherrscht werden kann, dass die gleichzeitige Tuberkulose, selbst wenn sie schon vorgeschritten ist, ganz verdeckt wird. Andererseits kann eine reine Influenza unter dem Bilde eines chronischen Spitzenkatarrhs verlaufen und so Tuberkulose vortäuschen. In beiden Fällen soll der Ausfall der Tuberkulinprobe entscheidend sein. Hier möchten wir uns einem von Levy und Bruns[12]) gemachten Einwande anschliessen. Bekanntlich reagirt jeder Mensch, der irgend einen tuberkulösen Herd, sei es auch nur eine einzelne verkäste Drüse, in seinem Körper hat, auf Tuberkulin. Wenn nun ein solcher Mensch — was gewiss in tausenden von Fällen vorkommt — an Influenza erkrankt, würde er doch auch auf Tuberkulin reagiren, und der Schluss, dass er an Lungentuberkulose leide, wäre trügerisch. Für solche Fälle, in denen keine Tuberkelbazillen in den Auswurf übergehen können, bleibt also die Diagnose ungewiss. (Es ist auffallend, dass B. Fränkel,[13]) der die Einwände gegen die Heranziehung des Tuberculins zu diagnostischen Zwecken bespricht und nach Möglichkeit entkräftet, diesen eigentlich nächstliegenden Einwurf unberücksichtigt lässt.) Dagegen giebt es nach Levy und Bruns ein Mittel, um in vielen Fällen, bei denen das gefärbte Präparat versagt, die Tuberkulose zu erkennen: das Thierexperiment. 0,5 bis 1,5 ccm von verdächtigen Stellen des Auswurfs werden verrieben und Meerschweinchen eingespritzt. Da diese Thiere mit grosser Sicherheit schon durch die geringsten Mengen von Tuberkelbazillen erkranken, so ergiebt nach einigen Wochen, spätestens Monaten, ihr Sektionsbefund eventuell die Anwesenheit von Tuberbelbazillen in dem verwendeten Auswurf. Krönig[8]) empfiehlt für die Auswurfsuntersuchung das Biedert'sche Verfahren mit einer zeitsparenden Abweichung: das mit 0,2prozentiger Natronlauge gekochte Sputum wird in einem Apparat, wie man ihn bei der Harnuntersuchung benutzt, zentrifugirt, der Bodensatz in der üblichen Weise gefärbt. Für die physikalische Untersuchung empfiehlt K. seine schon 1889 mitgetheilte Perkussionsmethode. Der in dieser Zeitschrift, 1900, Seite 94, referirte Aufsatz von Burghart braucht an dieser Stelle nur kurz erwähnt zu werden.

Ueber den Stand der Heilstättenbewegung hat Ott[14]) eine Uebersicht gegeben, die allerdings vielleicht in einigen Punkten heute nicht mehr zutrifft, da sie vom Oktober vorigen Jahres datirt. Damals waren im Betriebe die Heilstätten Ruppertshain, Rehburg, Grabowsee, Albertsberg, Loslau, Lüdenscheid, Tannroda, St. Andreasberg, Krailing, Edmundsthal, Gommern, Dannenfels, Arlen, Görbersdorf, Schömberg, ferner von Versicherungsanstalten erbaut, Oderberg, Andreasberg, Königsberg bei Goslar, Erbprinzentanne, Albrechtshaus und Marienheim im

Harz, Sülzhayn, in Oesterreich nur Alland, in der Schweiz 3, in Russland 3, in Frankreich, Holland und Norwegen je eine, in England keine eigentliche Heilstätte. Die deutschen Heilstätten enthalten insgesammt ca. 1500 Betten. 13 weitere waren im Bau, die Gründung von 12 anderen war bereits beschlossen. Den Nutzen der Heilstätten veranschaulicht eine Statistik der hanseatischen Versicherungsanstalt,[15]) nach der von 2169 in der Heilstätte untergebrachten Kranken 21 Prozent wieder volle Erwerbsfähigkeit erlangten und von 1336 Personen ein Jahr nach der Entlassung 72 Prozent mehr oder weniger erwerbsfähig waren.

Auf eine besondere Art von Heilstätten, die allerdings nicht ausschliesslich für Tuberkulöse bestimmt sind, weist Ewald[16]) mit warmen Worten hin. Es sind die Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten, deren Bedeutung für die Heilung und Verhütung der Tuberkulose durch eine zwanzigjährige Erfahrung bewiesen wird.

Dass auch ausserhalb der Heilstätten eine geeignete Pflege von ganz bedeutenden Erfolgen sein kann, zeigt die von Schaper[17]) veröffentlichte Statistik der Charité. Hier sind in den letzten 10 Jahren grosse Verbesserungen in Bezug auf Lüftung, Bäder, Zahl der Kranken im Saale, ganz besonders aber in Bezug auf die Ernährung durchgeführt worden. In der gleichen Zeit ist die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose von 54,2 auf 34,3 Prozent gesunken, allerdings mit einer grösseren Schwankung 1894/95, aber immer noch so regelmässig, dass durchschnittlich in den ersten 5 Jahren 4,4 Prozent mehr als in den letzten starben. Die Heilstätten, so führt S. aus, sind deshalb aber nicht weniger nothwendig: die Krankenhausbehandlung bringt die Patienten bis an einen bestimmten Punkt, dann tritt die Heilstätte ein. Und als drittes sind für Unheilbare Heimstätten nothwendig.

Für die Ernährung der Phthisiker stellt Blumenfeld[18]) den Grundsatz auf: der Schwindsüchtige muss nicht nur fetter, sondern auch im alltäglichen Sinne des Wortes kräftiger gemacht werden. Bei normalem Magen ist es am zweckmässigsten, zur Ueberernährung Fette zu benützen, da zucker- und stärkehaltige Nahrungsmittel meist in zu grossen Mengen genossen werden müssen. Auch Milch ist für gewöhnlich zu voluminös, enthält zu viel Flüssigkeit und ist zu reizlos, um in grösserem Massstabe verwendet zu werden. Sie und die Kohlehydrate kommen erst bei hohem Fieber mehr in Betracht. Im Uebrigen empfiehlt es sich nicht, ein Ernährungsschema für alle Bevölkerungsklassen aufzustellen. Der Begüterte pflegt eine konzentrirte fleichreiche Nahrung zu bevorzugen. Würde er diese noch reichhaltiger gestalten, so wäre eine Ueberlastung des Verdauungskanals und eine Ueberreizung des Herzens durch die Fleischsalze die Folge. Er muss also statt weiteren Fleisches Kohlenhydrate, die wieder eine grössere Zufuhr von Fetten ermöglichen, hinzufügen. Der Arme dagegen muss einen Theil der üblichen stärkehaltigen Nahrung durch leicht aufschliessbares Eiweiss und Fett ersetzen. In diesem Sinne können die Bemühungen, billige lösliche Eiweisspräparate zu beschaffen, sehr segensreich werden.

Bezüglich der auf chemischer Wirkung beruhenden Mittel gegen die Tuberkulose dürfen wir uns kurz fassen. Maragliano[19]) hofft, durch ein nach Art des Diphterieserums hergestelltes Antitoxin Heilerfolge zu erzielen. Versuche in gleicher Richtung hat Maxutow[20]) gemacht. Petruschky[21]) empfiehlt, Koch'sches Tuberculin unter bestimmten Vorsichtsmassregeln anzuwenden. Klebs[22]) macht für Misserfolge der spezifischen Behandlungsweisen die Magenstörung und die Mischinfektion bei Schwindsüchtigen verantwortlich. Die erstere hat er mit frischem Schilddrüsensaft anscheinend erfolgreich zu bekämpfen versucht, gegen die letztere glaubt er mit Nutzen ein aus Typhuskulturen hergestelltes Produkt, die „Typhase", angewandt zu haben. Zur Prophylaxe der Mischinfektion, die aus dem Tuberkulösen erst einen Schwindsüchtigen macht, hält Brieger[23]) die Mundpflege für sehr wichtig; auch die Einathmung aromathischer Oele hält er gegen die Mischinfektion für nützlich. Alexander[24]) räth dringend, allen Tuberkulösen Kampher subkutan zu geben, bei Fiebernden einmal täglich 0,01 bis höchstens 0,03, wochenlang ohne Unterbrechung fortgesetzt, bei Fieberfreien entweder in derselben Weise oder vier Tage lang täglich einmal 0,1, dann Pause von acht Tagen, dann Wiederholung u. s. f. Er rühmt die Wirkung dieser Methode in allen Stadien der Krankheit gegen Fieber, Appetitlosigkeit, Hustenreiz, Schlaflosigkeit, Schweiss, Kräfteverfall etc. Etwas anders stellt sich die Sache nach v. Criegerns[25]) Bericht dar. V. C. fand den allgemeinen Verlauf der Krankheit, ebenso den Hustenreiz, die Athemnoth, die Schmerzen durch den Kampher nicht beeinflussbar. Dagegen wurde das Kraftgefühl, die Leistungsfähigkeit deutlich gesteigert. Eine bestehende Blutungsneigung schien durch den Kampher vermehrt zu werden. Uebrigens musste v. C. statt der Einspritzungen, die Schmerzen hervorriefen, schliesslich Klysmata anwenden. Es muss bemerkt werden, dass er ein nicht ganz einwandfreies, poliklinisches Krankenmaterial hatte. Jedenfalls bleibt abzuwarten, wie weit die mit grosser Emphase gepriesene Alexander'sche Methode berufen ist, eine grössere Bedeutung für die Allgemeinheit zu erlangen, als die vielen andern, die vor ihr aufgetaucht und wieder verschwunden sind.

Litteratur.

1. F. Hueppe. Ueber unsere Aufgaben gegenüber der Tuberkulose. (B. Kl. W. 1899, No. 44.)

2. J. Tonta. Wie kann die Phthisis bekämpft werden. (B. Kl. W. 1899. No. 48.)

3. Pribram. Ueber Schutzmassregeln gegen die Ausbreitung der Tuberkulose. (Prag. med. W. 1899, No. 26.)

4. Hentzelt. Erziehungsstätten für minderwerthige Kinder. (B. Kl. W. 1899, No. 37.)

5. O. Heubner. Ueber Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter. 71. Naturf.-Vers. (D. Ä. Z. 1899. H. 15. Beil.)

6. Volland. Ueber die Art der Ansteckung mit Tuberkulose. (B. Kl. W. 1899, No. 47.)

7) Barth. Zur Prophylaxe und Therapie der Lungentuberkulose. (D. M. W. 1899. No. 27.)

8. W. Krönig. Zur Prophylaxe der Lungentuberkulose. (D. Ä. Z. 1900, H. 5.)

9) A. Moëller: Zur Verbreitungsweise der Tuberkelpilze. (Ztschr. f. Hyg. 1899. Bd. 32.)

10) Ascher. Untersuchungen von Milch und Butter auf Tuberkelbacillen. (Ztschr. f. Hyg. Bd. 32.)

11. L. Brieger und F. Neufeld. Zur Diagnose beginnender Tuberkulose aus dem Sputum. (D. M. W. 1900, No. 6.)

12. E. Lewy und H. Bruhns. Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. (D. M. W. 1900, No. 9.)

13. B. Fränkel. Das Tuberkulin und die Frühdiagnose der Tuberkulose. (B. Kl. W. 1900, No. 12.)

14. Ott. Kurze Uebersicht über den Stand der Heilstättenbewegung. (D. M. W. 1899, No. 42.)

15) Hanseatische Versicherungs-Anstalt. Ergebnisse des Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten. (Hamburg 1899.)

16. C. A. Ewald. Die Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten. (B. Kl. W. 1899, No. 37.)

17. Schaper. Die Heilerfolge bei Tuberkulose in der Charité während der letzten 10 Jahre. (B. Kl. W. 1900, No. 12.)

18. F. Blumenfeld. Die Ernährung der Lungenschwindsüchtigen mit besonderer Berücksichtigung der Ernährung im Hause. (B. Kl. W. 1899, No. 49.)

19. E. Maragliano. Ueber Serotherapie bei Behandlung der Tuberkulose. (B. Kl. W. 1899, No. 89.)

20. M. Maxutow. Immunisirung und Serotherapie der Tuberkulose. (D. Med.-Z. 1899. No. 75/76.)

21. J. Petruschky. Die spezifische Behandlung der Tuberkulose. (B. Kl. W. 1899, No. 51, 52.)

22. E. Klebs. Einige weitere Gesichtspunkte in der Behandlung der Tuberkulose. (B. Kl. W. 1899, No. 50).

23. L. Brieger. Ueber die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Tuberkelbazillen und andrer Bakterien im Auswurf. (B. Kl. W. 1900, No. 13.)

24. B. Alexander. Meine Behandlungsmethode der Lungentuberkulose mit subkutanen Injektionen von Ol. camphor. (M. M. W. 1900, No. 9.)

25. v. Criegern. Zur Kenntniss der Alexander'schen Behandlungsmethode etc. (B. Kl. W. 1899, No. 43.)

Psychiatrie und Neurologie.

Klimmzug-Lähmungen

von Stabsarzt Dr. E. Sehrwald-Freiburg i. B.
(D. Med. W. 1900 No. 6.)

Armlähmungen in Folge von Klimmzügen scheinen in der Armee nicht gar zu selten zu sein. S. theilt zwei neue Fälle davon mit, von denen der eine genau beschrieben wird.

Ein bisher gesunder Soldat, dessen Vater allerdings an einem Muskelschwund der rechten Schulter litt, empfand beim Klimmziehen einen Schmerz im linken Oberarm, der ihn hinderte die Uebung weiter auszuführen, und nachher ein Surren bis in die Fingerspitzen. In der Folgezeit wurde der ganze Arm rasch schwächer und es blieben unangenehme Empfindungen, selbst Schmerzen, darin zurück.

Die erst nach Monaten ausgeführte Untersuchung ergab eine starke Abmagerung und Kraftlosigkeit des Deltamuskels, der Beuger und Strecker des Ellbogengelenks und des grossen Brustmuskels. In geringerem Grade waren alle übrigen Muskeln des Arms, ferner die beiden Gräten- und Rautenmuskeln sammt dem Heber des Schulterblattes, stärker wieder der grosse Sägemuskel, am geringsten der latissimus dosi, teres major und subscapulares geschädigt.

Es waren also nicht nur die zum Armnervengeflecht gehörigen Nerven betroffen, sondern auch diejenigen, welche, statt unter dem Schlüsselbein hindurch zu ziehen, vorher seitlich abbiegen und dem musculus scalenus medius aufliegen.

Solche Fälle sind folgendermassen zu erklären: Nicht etwa beim Klimmzug selbst, sondern beim passiven Hängen am Reck vor oder nach der Uebung wird das Schlüsselbein nach hinten oben gezogen und um seine Längsaxe gedreht. Hierdurch verengt sich der Raum zwischen der ersten Rippe und dem Schlüsselbein. Zunächst wird der 5. und 6. Halsnerv, dann je nach dem Grade der Verengerung die Reihe der folgenden Rückenmarksnerven gequetscht. Gleichzeitig muss bei stärkerem Aufwärtsrücken des Schlüsselbeins auch der musculus scalenus gequetscht werden.

Aus der Erkenntniss dieses Verletzungsmechanismus ergiebt sich die Forderung, Turner, denen die Klimmzüge schwer werden, nach jedem Versuch abspringen und nicht länger am Reck hängen zu lassen. Ganz zu verwerfen ist die Unsitte mancher Turnlehrer, den Klimmzug durch gewaltsames Ziehen am Körper des Turners zu erschweren. Klagen über auffallende Müdigkeit oder Schwäche, Schmerzen oder Vertaubungsgefühle im Arm nach Klimmzügen sind jedesmal ernster Beachtung zu würdigen.

Ein Fall von saltatorischem Krampf.

Von Stabsarzt Hohenthal-Köln.
(D. Milit.-Aerztl. W. 1900 H. 2.)

Der Sohn einer nervenschwachen Mutter, ein von jeher durch Wadenkrämpfe belästigter Mann, erkrankte ein Vierteljahr nach seiner Einstellung im Heere an eigenartigen Krampfzuständen. Während er nämlich längere Zeit stehen musste, zogen sich seine Wadenmuskeln derart zusammen, dass er auf die Zehen gestellt wurde und umgefallen wäre, wenn man ihn nicht gehalten hätte.

Die Untersuchung ergab bei dem kräftigen, gut genährten Manne eine Steigerung der Kniereflexe, links liess sich Fussklonus hervorrufen. Die Fusssohlenreflexe waren lebhaft, Krämpfe traten im Anschluss an Reize auf der Sohle nicht ein. Wenn dagegen der Kranke zu stehen versuchte, zogen sich sofort beiderseits die Wadenmuskeln ruckweise zusammen, sodass er sich auf die Zehen erhob und vornüber fiel. Jedes Auftreten mit gestrecktem Bein hatte diesen Erfolg. Auch von selbst im Bett traten öfters schmerzhafte Zitter-Streckkrämpfe in den Beinen ein. Er gab ferner an, öfters ein leichtes Kriebeln in den Füssen zu spüren. Andere Abweichungen am Nervensystem wurden nicht gefunden, und seelisch machte der Mann den Eindruck eines ganz Gesunden.

Mit der Zeit besserte sich der Zustand. Nach acht Tagen konnte er aufstehen, ohne zu fallen, vermied aber das Fallen nur dadurch, dass er, wenn der eine Fuss sich streckte, immer den andern vorsetzte und auf diese Weise auf den Zehen vorwärts lief, bis er an einen Stützpunkt kam. Später konnte er auf den Sohlen gehen, so lange er sich breitbeinig und mit gebeugten Knieen vorwärtsbewegte; versuchte er, die Kniee aneinanderzubringen und durchzudrücken, so trat der Krampf wieder ein. Dienstfähig ist der Mann nicht mehr geworden.

Für die Annahme, dass dieser „saltatorische“ Krampf immer Theilerscheinung einer Hysterie ist, ist dieser Fall nicht verwerthbar. Ziemlich klar ist soviel, dass sich hier bei einem erblich und persönlich dazu veranlagten Menschen ein krankhafter Reflex hergestellt hat, vermöge dessen jede kräftige Anspannung der Wadenmuskulatur einen Krampf in ihr auslöste. Von der Haut aus sind die Krämpfe sicher nicht angeregt worden. Die Aussichten auf dauernde Heilung sind insofern zweifelhaft, als zu befürchten ist, dass jede Anstrengung einen Rückfall bedeuten kann.

Chirurgie.

Ueber Thermotherapie bei der Nachbehandlung Unfallverletzter.

Von Prof. Dr. C. Thiem-Kottbus.
(Monatsschr. f. Unfallheilk. 1900, No. 3.)

Die Zeiten seien vorüber, in welchen die Berufsgenossenschaften und auch viele Aerzte in dem von Zander so benannten medico-mechanischen Heilverfahren das einzige, unfehlbar wirkende Allheilmittel zur Beseitigung der Lähmung, der Versteifung, der Ernährungs- und Cirkulationsstörung verletzt gewesener Gliedmassen erblickten. Ausser den Uebungen an Apparaten und ausser der Handmassage müssen bei der Vielgestaltigkeit der Fälle die verschiedenartigsten Verbände, chirurgische Eingriffe, der faradische und galvanische Strom, auch wohl die Influenzmaschine, geeignete Ernährungsvorschriften, und besonders die Wasserheil- und Badebehandlung angewendet werden. Von allen diesen Hilfsheilmitteln erfreut sich die Anwendung hoher Wärmegrade besonderer und berechtigter Beliebtheit. Die hierbei gemachten Erfahrungen hätten den Verf. gelehrt, „einmal, dass unter gewissen Voraussetzungen man sehr hohe Wärmegrade lange Zeit hindurch einwirken lassen kann und dass hierdurch zunächst sehr häufig ein unmittelbares Nachlassen des Schmerzes, zweitens ein augenblickliches Geschmeidigwerden versteifter Gelenke, eine Nachgiebigkeit starrer Narben und Muskeln erzielt wird, dass wir in dritter Reihe in der wiederholten Anwendung der Wärme ein auf die Aufsaugung entzündlicher Exsudate, die Wiederherstellung

unterbrochener oder träger, stockender Cirkulationsverhältnisse und damit auch die Aufbesserung des Stoffwechsels und der örtlichen und allgemeinen Ernährungsverhältnisse mächtig anregendes Mittel besitzen." Thiem hat die Wärme angewandt vermittelst der Heissluftapparate, wie sie Krause-Altona angegeben hat, ferner in Form örtlicher Dampfbäder, in Form mehr oder minder weit reichender Fangoeinpackungen und örtlicher oder allgemeiner Heisssandbäder, ferner in Gestalt von Thermophoren. — Nachdem er auf die Anwendungsweise dieser einzelnen Formen näher eingegangen, kommt Th. zu dem Schluss, dass er die Stärke der Wirkungsweise, wenn No. 1 die stärkste Wirkung darstellt, folgendermassen festsetzt: 1. Fango, 2. Sand, 3. Heissluft, 4. Oertliches Dampfbad, 5. Thermophorwirkung. — In einer Tabelle werden dann 39 Fälle mit diesen Mitteln behandelter Verletzter aufgeführt.

B.

Ueber Karbolgangrän.

Von Dr. Ulrich Lange-Hernstädt-Meckesheim.
Inaug.-Diss. Jena 1899.

Da, wie der Verfasser nachweist, die gebräuchlichen Lehrbücher immer noch nicht eindringlich genug vor länger dauernder Anwendung von Karbolwasser auf die Haut warnen, einzelne geradezu die feuchten Karbolverbände noch empfehlen, so scheint es wirklich nothwendig zu sein, dass die Gefahren dieser Behandlungsweise noch einmal an einer grossen Anzahl von Fällen dargethan werden. Verfasser hat aus der Litteratur und aus eigenen Beobachtungen 79 Fälle zusammengestellt, in denen Karbolverbände oder -Umschläge und -Bäder brandige Zerstörung der Weichtheile zur Folge hatte. Wir können absehen von denjenigen, bei welchen stärkere als fünfprozentige Lösungen angewandt worden waren, da in der Praxis heut zu Tage die Karbolsäure in konzentrirterer Form kaum in Frage kommt. Es bleiben dann noch 37 Kranke übrig, von denen die Mehrzahl zwei- bis dreiprozentiges Karbolwasser anwandten.

Sämmtliche Fälle haben viel Gemeinsames. Es handelte sich immer um kleine Wunden, die vermuthlich bei nicht eingreifender Behandlung glatt geheilt wären; meist wurden Karbolumschläge von Laien oder untergeordnetem Heilpersonal verordnet. Die Wirkung war überall die gleiche: trockenes Absterben derjenigen Theile, die mit dem Karbol in direkte Berührung kamen, nur bei vereinzelten Kranken kam es nicht zum völligen Absterben, sondern es bildeten sich bloss schwerheilende Geschwüre.

Verschieden war die Zeit, die bis zum Eintritt des Brandes verging, sie schwankte zwischen wenigen Stunden und 15 Tagen. Schon hiernach lässt sich vermuthen, dass die Wirkung der Karbolsäure von individuell verschiedenen Umständen mit abhängig ist. So wird die Gangrän begünstigt durch Abschluss des feuchten Verbandes mittelst undurchlässiger Stoffe, durch Hemmung des Blutumlaufes mittelst umschnürender Bindfäden oder durch einen stark gequetschten Zustand der Wundränder. Die zartere Haut der Frauen und Kinder leidet eher als die härtere der Männer, die Gefässverkalkung bei alten Leuten ist gleichfalls von schädlichem Einfluss. Am häufigsten werden die mit Karbol verbundenen Finger brandig. Dies ist wohl nicht bloss darauf zurückzuführen, dass kleine Verletzungen überhaupt an den Fingern am ehesten vorkommen, sondern zum guten Theil auch darauf, dass die verletzten Finger gewöhnlich mit dem Karbolumschlag ganz umhüllt und so einer besonders intensiven Schädigung ausgesetzt werden.

Isolirte Pankreasverletzungen.

Von San.-R. Dr. E. Stern, Kr. W. A. in Breslau.
(Vierteljschr. f. ger. Med. 1899 H. 4.)

Zwei neue Beiträge zur Kenntniss dieser interessanten und höchst seltenen Verletzungen werden beigebracht.

Ein Bahnarbeiter gerieth zwischen zwei Puffer, der eine traf ihn von hinten gegen die linke Schultergegend, der andere vorn gegen die untere Brustgegend. Schmerzen in der linken Brustseite waren die ersten Folgen der Verletzung, es entwickelte sich links eine Rippenfellentzündung. Später trat einmal nach dem Essen ein kurzer heftiger Schmerz unter dem linken Rippenbogen ein, dem Erbrechen folgte, ein Gefühl der Fülle in der Oberbauchgegend machte sich bemerkbar, und eine entsprechende Auftreibung, über der der Schall gedämpft war, bildete sich aus. Der Bauchschnitt führte in zwei abgesackte Hohlräume mit schwärzlich grauer Flüssigkeit. Die Wundheilung war gut, doch erlag der Mann kurz nachher seinem Lungenleiden. Bei der Sektion fand sich ausser den Zeichen einer Brustfell- und chronischen Lungenentzündung eine Einbettung der linken Hälfte der Bauchspeicheldrüse in festes, gelblich gefärbtes Narbengewebe und eine das ganze Organ quer durchsetzende Narbe. In Folge des Unfalls war demnach offenbar die Drüse mittendurch gerissen, ein grosser Bluterguss war entstanden, nach dessen Eröffnung und Ausheilung die Drüse selbst völlig wieder zusammengewachsen ist.

Ein schwer betrunkener Arbeiter wurde von einer Droschke überfahren. Er klagte am nächsten Morgen über Schmerzen in der Magengrube, grosses Durstgefühl und Appetitlosigkeit. Das Befinden besserte sich jedoch deutlich, bis am achten Tage nach der Verletzung der Kranke plötzlich unter heftigen Schmerzen im Leibe kollabirte und in der Nacht darauf starb. Kurz vor dem Kollaps hatte er Selterwasser getrunken. Es fand sich eine grosse Menge blutiger Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle, das Bauchfell war trübe und zeigte Faserstoffbeläge. Vor der Bauchspeicheldrüse gelangte man durch ein rundliches Loch von 2 cm Durchmesser in eine kindskopfgrosse Höhle, deren Wand mit Blutgerinnseln austapezirt war. Dieser Höhle lag hinten unmittelbar die fast vollständig schräg durchtrennte Drüse an. Alle übrigen Unterleibsorgane waren unverletzt. Vielleicht hatte der Selterwassergenuss durch die starke Aufblähung des Magens dazu geführt, dass die Wand des ausserhalb des Bauchfells gelegenen Blutsacks zerriss und so die tötliche Bauchfellreizung statt hatte.

Bei Lebzeiten waren in beiden Fällen die Erscheinungen nicht eindeutig genug, um die Art der Verletzung erkennen zu lassen.

Vergiftungen.

Ueber Chlor-Acne.

Von Dr. Carl Herxheimer, Oberarzt in Frankfurt a. M.
(M. M. W. 1899|9.)

Die Arbeiter einer Fabrik, in welcher aus Chlorkali durch Zersetzung mit dem elektrischen Strome Aetzkali hergestellt wird, erkrankten in grösserer Anzahl an sehr hartnäckigen Entzündungen der Talgdrüsen. Die Acneknötchen zeigten eine grosse Neigung, sich in Furunkel, grössere Abscesse und Geschwüre umzuwandeln. Bei den von H. beobachteten vier Fällen bestanden gleichzeitig Katarrhe der Athmungsschleimhaut, und bei einem von ihnen, dessen Haut besonders arg befallen war, hatten sich recht bedenkliche Störungen des Allgemeinbefindens, Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme und Blutarmuth, entwickelt. Die verschiedensten Heilbestrebungen waren bei diesem von nur geringem Erfolge.

Die allen Fällen gemeinsame Hautkrankheit erinnert stark an die Jod- und Brom-Acne. Thatsächlich muss man, da alle andern schädlichen Einflüsse ausgeschlossen werden konnten, als Ursache der Erkrankungen das dem Jod und Brom am

nächsten verwandte Element, das Chlor betrachten. Dieses entwickelt sich bei dem obenerwähnten Umsetzungsprozess, und ein Theil davon strömt wahrscheinlich durch die den Prozess abschliessende Mauer hindurch. Da einige der Kranken mit nacktem Oberkörper gearbeitet hatten, läge es nahe, eine direkte Schädigung der Haut durch das Gas anzunehmen; andere aber sind notorisch in gleicher Weise erkrankt, obwohl sie in voller Kleidung thätig waren, so dass also die Annahme wahrscheinlicher ist, dass das Chlor bei seiner Ausscheidung durch die Talgdrüsen dieselben geschädigt hat.

Ein Fall von Vergiftung mit Bromoform.

Von Dr. Schmidt-Diburg.

(M. M. W. 1899|5.)

Ein fast fünfjähriger Junge, der an Keuchhusten litt, trank etwa 5 g des ihm tropfenweise zum Gebrauch verordneten Bromoforms. Er wurde tief bewusstlos, die Pupillen verengten sich aufs Aeusserste. der Puls wurde unregelmässig und sehr klein, die Athmung ebenfalls unregelmässig. Nach einer Kampher-Einspritzung unter Anwendung von Hautreizen begann die Bewegungsfähigkeit wiederzukehren, bald darauf trat in Folge eines Keuchhusten-Anfalles Erbrechen ein und nunmehr erholte sich der Knabe rasch und vollständig.

Augen.

Die Impferkrankungen des Auges.

Von Professor Otto Schirmer-Greifswald.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, herausgegeben von Vossius. 1900. III. Band, Heft 5.)

Verf. beobachtete bei einem 54jährigen Manne mit sehr starker Schwellung der Lider des rechten Auges je ein Geschwür am intermarginalen Saume des oberen und des unteren Lides, sowie mehrere flache Geschwüre auf der Bindehaut der unteren Uebergangsfalte. Gleichzeitig zeigte die Hornhaut oben einen grösseren Epitheldefekt, der sich in ein progressives Geschwür verwandelte, das nach 10 Wochen noch nicht vollkommen ausgeheilt war und zu einer dichten Trübung fast der ganzen Cornea führte. Die Geschwüre an Lid und Conjunctiva heilten ab. Von dem Belag dieser Geschwüre wurden kleine Teilchen in Impfschnitte gebracht, welche an der Bauchhaut eines Kalbes angelegt worden waren. Es entwickelten sich nach 6 Tagen typische Vaccinebläschen. Die Infektion war höchst wahrscheinlich durch einen Arzt erfolgt, welcher 4 Tage vor Beginn des Leidens die polnischen Arbeiter auf dem Gute, wo Patient in Stellung war, geimpft und bei dieser Gelegenheit das Lid des Kranken, dem angeblich etwas ins Auge geflogen war, herumgeklappt hatte. Der ungewöhnlich schwere Verlauf der Hornhauterkrankung ist darauf zurückzuführen, dass die Hornhaut schon in den ersten Krankheitstagen ergriffen wurde.

Die Vaccineophthalmie entwickelt sich nur nach Einbringen von Lymphe in das Auge, die gewöhnlich durch den Finger direkt übertragen wird. Meist erkranken Erwachsene, welche ihre geimpften Kinder pflegen, viel seltener letztere selbst. Am häufigsten findet sich die Impfpustel auf den Lidern, nämlich 43mal unter 47 Fällen, und zwar meist am intermarginalen Theile. Auf der Lidhaut zeigen die Vaccinebläschen keine Besonderheiten, am intermarginalen Lidrande dagegen bilden sie meist flache Geschwüre von diphtheritischem Aussehen. Anfangs besteht gewöhnlich ein sehr starkes Oedem der Lider, erst später zeigt sich das Geschwür am Lidrande. Die präaurikulare Drüse der erkrankten Seite ist meist geschwollen. Hornhaut und Bindehaut sind in der Regel intakt, doch kann auch eine so heftige Conjunctivitis auftreten, dass man an Blennorrhoe zu denken geneigt ist. Das Geschwür kriecht oft weiter fort, resp. es entstehen neue Geschwüre meist auf der Lidhaut, selten auf der Conjunctiva. Die meisten dieser sich später entwickelnden Geschwüre entstehen durch direkten Kontakt von dem Primäraffekt aus. Nach 8—12 Tagen nimmt die Entzündung ab und es erfolgt die Heilung. Dauernde Veränderungen, namentlich Narben, bleiben nicht zurück. Gelegentlich gehen die Wimpern dauernd verloren. Primäre Conjunctivalvaccinola ist ausserordentlich selten. Sie tritt als kleine Geschwüre der Bindehaut auf, zu denen sich Hornhautaffektionen gesellen können. Von primärer Hornhauterkrankung ist nur ein Fall bekannt. Ein Arzt verletzte seine rechte Cornea beim Impfen eines Kindes mit der Lanzette und bekam ein Hornhautinfiltrat, das ein grosses Leukom zurückliess. Die Vaccinolaerkrankung der Lider und Bindehaut kann durch Komplikation mit Hornhautleiden gefährlich werden. Die Hornhautaffektion besteht entweder in Infiltraten und Geschwüren, welche meist ohne nennenswerthe Narbenbildung abheilen, oder es tritt eine Keratitis profunda postvaccinolosa auf. Im letzteren Falle bildet sich eine Trübung der tiefen Schichten des Hornhautcentrums, und ausserdem oft noch eine eigenthümliche scharfe, kreisförmige Linie, welche einfach oder doppelt vorhanden, konzentrisch zum Hornhautrande verläuft. Auch diese Keratitisform entsteht vermuthlich durch ektogene Infektion. Für die Differentialdiagnose kommt vor allen Dingen die Infektionsmöglichkeit in Betracht. Ein ähnliches Bild, wie die Impfpustel, zeigen der Primäraffekt, der weiche Schanker und die Diphtheritis der Lider. Die Prognose ist gut, so lange die Hornhaut intakt ist. Die Behandlung besteht in antiseptischen Umschlägen oder Jodoformverbänden. Am wichtigsten ist die Prophylaxe durch Belehrung der Angehörigen des geimpften Kindes über die Gefahren einer Infektion.

Groenouw.

Ueber Lidgangrän.

Von Dr. P. Roemer.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, herausgegeben von Vossius. III. Band, Heft 4. 1900.)

Lidgangrän ist eine seltene Erkrankung, sie kann endogen und ektogen entstehen. Die endogene Form tritt bei schweren Allgemeinleiden auf, ohne dass an der Haut irgend welche Entzündungserscheinungen bestanden haben. Hier kommen in erster Linie Typhus, Scharlach und Masern in Betracht, bei welchen ausgedehnte Nekrose der Lider auftreten kann. Bei Influenza sind Abscesse an den Lidern häufiger, doch kommt gelegentlich auch Gangrän vor. Bei Pyämie und Sepsis kann Lidgangrän durch infektiöse Embolien entstehen. Die bei Diabetes mellitus gelegentlich beobachtete Lidgangrän beruht auf schweren Gefässveränderungen und Ernährungsstörungen. Die ektogene Form der Lidgangrän kann von Entzündungsprozessen in der Umgebung des Auges oder durch eine primäre Liderkrankung bedingt sein. Zur ersteren Form gehören Lidnekrosen im Anschluss an Gesichts-Erysipel. Kleine infizirte Wunden der Lider können zur Bildung schwerer Phlegmonen mit Lidgangrän führen. Primäre Erkrankungen der Lider mit Ausgang in Gangrän sind beobachtet bei Milzbrand, Eczema impetiginosum, Variola und Varicellen. Für das letztere Vorkommniss bringt Verf. als Beweis einen eigenen Fall. Ein 4jähriges Kind erkrankte an Varicellen. Am zweiten Tage nach dem Ausbruch des Ausschlages röthete sich das linke obere Lid und 2 Tage später bestand ausgesprochene Nekrose desselben. Auch die Kopfschwarte wurde weithin eitrig unterminirt. Die Heilung erfolgte mit leichtem Ektropium des Lides. Eine Abbildung des erkrankten Kindes ist der Arbeit beigegeben.

Groenouw.

Ueber die Verhütung von Gewerbsunfällen am Auge.

Von Dr. Simeon.

Snell. Arch. f. Augenheilk. Bd. 40, S. 178—181. (British Medical Association.)

Verf. empfiehlt folgende Schutzmassregeln: Für Schleifer gewähren schon grosse Plangläser, eventuell die zur Korrektion der Refraktionsanomalie erforderliche Brille, einen genügenden Schutz. Für Eisen- und Stahlarbeiter sollte der Gebrauch von Schutzbrillen, am besten aus Drahtgaze, obligatorisch gemacht werden. Weiteren Schutz gewährt die Anwendung einer pneumatischen Maschine zum Behauen des Eisens, eine zweckmässige Stellung der Leute bei ihrer Arbeit und der Gebrauch von Schirmen, um die Umgebung und Vorübergehende zu schützen. Gr.

Ueber Haut- und Augenaffektion bei Personen, die Hyacinthenzwiebeln bearbeiten.

Von J. Waller Zeper in Haarlem.

Kln. Monatsbl. f. Augenheilk. 1899 S. 480—84. (Mit 2 Figuren.)

Verf. fand bei Personen, welche sich mit dem Reinigen und Sortiren von Hyacinthenzwiebeln beschäftigten, eine in den Monaten August und September auftretende Konjunktival-Irritation, welche sich bis zur Konjunktivitis steigern kann, und ferner heftiges Jucken der Haut, vor Allem der Arme und des Gesichtes. Die Krankheit ist den Blumenzwiebel-Züchtern seit lange bekannt, sie wird wahrscheinlich durch den sogenannten Zwiebelstaub bedingt, welcher sich zwischen den Schuppen der Zwiebeln oder zwischen der noch festsitzenden Zwiebelbrut und der Mutterzwiebel findet. In diesem Zwiebelstaub fand Verf. im Juni und Juli nichts Besonderes, im September dagegen lebende Milben, Larven und Eier derselben. Vermuthlich ist es nicht die Milbe selbst, sonderen deren sechsfüssige Larve, welche die Krankheit verursacht. Verf. giebt nur eine vorläufige Mittheilung und beabsichtigt, seine Untersuchungen weiter fortzusetzen. Gr.

Ohren.

Beiträge zur Kenntniss der otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter.

(Aus der Ohren- und Kehlkopfklinik der Universität Rostock).

Von Dr. Georg Lehr, Volontärarzt.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XXXV, Heft 1.)

Verf. führt sämmtliche, seit dem Amtsantritt des Direktors der Klinik, Prof. Dr. Körner, dort beobachteten intrakraniellen Komplikationen von Ohreneiterungen auf, im Ganzen 19 Fälle; 10 davon sind schon anderweit veröffentlicht und werden daher nur citirt, die anderen 9 werden ausführlicher mitgetheilt. Darunter befinden sich 4 Fälle von eitriger Meningitis, die sämmtlich tödtlich verliefen, ferner ein operativ geheilter Hirnabscess im rechten Schläfenlappen, 2 operativ geheilte extradurale Abscesse und 2 ebenfalls durch Operation geheilte Fälle von Phlebitis des Sinus sigmoideus. Die Fälle sind, abgesehen von allen, zum Theil hochinteressanten spezialistisch-otiatrischen Gesichtspunkten, welche sie darbieten, in ihrer Gesammtheit ein sprechender Beweis für die Gefährlichkeit der selbst in ärztlichen Kreisen vielfach noch für gänzlich harmlos gehaltenen und dementsprechend behandelten Mittelohreiterungen.

Richard Müller.

Beiträge zur Kenntniss der otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter.

I. Fortsetzung.

Von Dr. Muck, Assistent.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XXXV, Heft 3.)

Den von Lehr veröffentlichten (Bd. XXXV, Heft 1) 19 Fällen von intrakraniellen Komplikationen eiteriger Mittelohrentzündungen lässt M. einen 20. folgen. Es handelt sich um einen 12jährigen Knaben, bei dem sich an eine seit früher Kindheit bestehende rechtsseitige Ohreiterung eine chronische Mastoiditis Empyem des Saccus endolymphaticus und ein perisinuöser Abscess angeschlossen hatte. Der Knabe wurde operirt und war nach Verlauf von nicht ganz $2^1/_2$ Monaten geheilt — ein in Ansehung der Schwere des Falles sehr günstiges Ergebniss.

Richard Müller.

Beiträge zur Kenntniss der otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter.

II. Fortsetzung.

Aus der Ohren- und Kehlkopfklinik der Universität Rostock.

Von Dr. Witte, 2. Assistent.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXV. Bd., 4. Heft.)

Bei einem sechs Jahre alten Knaben hatte sich im Anschluss an eine zwei Jahre bestehende linksseitige Ohreneiterung eine akute Entzündung des Warzenfortsatzes, Thrombose des Sinus transversus und von da aus Pyämie angeschlossen. Das Kind wurde schwerkrank in die Klinik gebracht, aber die Operation — mit Unterbindung der Vena jugularis — kam zu spät; der Tod erfolgte in Folge von Lungenmetastasen. Ein neuer Fall, der die Gefährlichkeit der Ohreneiterungen in helles Licht setzt.

Richard Müller.

Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Generalversammlung des Bahnärzte-Vereins für den Eisenbahndirektionsbezirk Magdeburg am 14. Februar 1900.

Eigenbericht der Aerztl. Sachverst. Ztg.

Die Versammlung wurde von dem Vorsitzenden, Hager-Neustadt-M. — mit einem Nachruf für die verstorbenen Kollegen Geh. San.-Rth. Bette und San.-Rth. Eysoldt eröffnet; die Versammelten erhoben sich zum Andenken an die Verstorbenen von ihren Plätzen.

Für die verspätete Einladung wird Indemnität ertheilt.

In Folge einer Ministerialverfügung wird freie Fahrt alljährlich nur für eine Generalversammlung und für zwei Vorstandssitzungen ertheilt; es wird beschlossen, alljährlich nur eine Generalversammlung abzuhalten.

Die Königl. Eisenbahn-Direktion wird für Bahnärzte, Beamte und Arbeiter 1000 Exemplare des Schriftchens von Kalle: „Wie erhält man sich gesund?“ beschaffen.

In Folge einer Eingabe des Vorstandes hat die Königl. Eisenbahndirektion den Erlass in Betreff der Untersuchung verdächtigen Auswurfes auf Tuberkelbazillen derart abgeändert, dass diese Untersuchungen vom medizinischen Waarenhaus in Berlin auf Kosten der Verwaltung für die Betriebsbeamten und auf Kosten der Krankenkasse für die Kassenmitglieder und ihre Angehörigen vorgenommen werden.

Bei der Wahl des Vorstandes werden Broese-Quedlinburg zum stellv. Vorsitzenden, Hermes-Oschersleben und Lindner-Westerhüsen zu Beisitzern neu-, die bisherigen Mitglieder durch Zuruf wieder gewählt.

Kraus-Magdeburg hält den angekündigten Vortrag über „die staatlichen Anforderungen an den Farbensinn der Eisenbahnbeamten.“ Nach der Debatte, in der Caesar-Halberstadt, einen typischen Fall von Simulation mittheilt, wird folgender Antrag Fischer's-Magdeburg angenommen: „Auf Grund des Vortrages des Kollegen Kraus, der bei der Farbenprüfung die Vorlegung von ca. 200 farbigen Wollbündeln für nothwendig hält,

wird die Königl. Eisenb.-Direktion ersucht, jedem Bahnarzt eine solche Zahl von Wollbündeln direkt zuzustellen."

Ebenso wird auf Hager's-Magdeburg Vorschlag beschlossen, bei der Königl. Eisenbahn-Direktion den Antrag zu stellen, dass bei der praktischen Prüfung der Schwachsichtigen auf dem Bahnplanum von der Zuziehung des Bahnarztes Abstand genommen werde.

Inzwischen ist festgestellt, dass die Mitgliederzahl des Vereins auf 80 gewachsen ist.

Es folgt Kluge's-Wolmirstedt Vortrag „Bericht über den Tuberkulosenkongress in Berlin." Bei der Diskussion stellt Barsikow-Magdeburg widerspruchslos fest, dass die jahrelange Nachbehandlung mindestens so wichtig sei wie die Heilstättenbehandlung. de Veer-Harzburg weist darauf hin, dass die Heilstättenbehandlung vielfach von Genossen der Kranken als Bevorzugung angesehen werde.

Der Vorsitzende theilt mit, dass der für 1900 in Aussicht genommene internationale Bahnärztekongress in Paris nicht stattfinden werde, dass in Thüringen 2 Heilstätten für Lungenkranke unter den Eisenbahnbediensteten im Entstehen begriffen seien, dass die von Brehmer-Berlin unternommenen Enquête über die Honorarfrage noch nicht beendet sei.

Nach 3stündigen Verhandlungen vereinigte noch ein Mahl den grösseren Theil der anwesenden Bahnärzte.

Dr. W. Fischer.

Interessante Verletzungen.

Medizinisch-naturwissenschaftliche Gesellschaft zu Jena.
Sitzung vom 11. Januar 1900.
(Münch. med. W. 1900, No. 9.)

Herr **Wagenmann:** Pulsirender Exophthalmus nach Schussverletzung.

Ein zweiundzwanzigjähriger Mann hat im November 1899 zu selbstmörderischen Zwecken eine Revolverkugel in seine rechte Schläfe geschossen. Er war anderthalb Stunden bewusstlos, dann ziemlich beschwerdefrei. Etwa vierzehn Tage nachher begann das rechte Auge immer stärker vorzutreten. Am 24. Dezember fand sich ausser einer glatten verwachsenen Narbe an der bezeichneten Stelle eine hochgradige Vortreibung des Augapfels, der deutlich pulsirende Bewegungen machte. Die untere Hälfte der Bindehaut war dick gewulstet und geröthet, die obere und das Lid von sehr erweiterten Venen durchzogen. Alle äusseren Augenmuskeln bis auf den vom Trochlearis versorgten Oberen Schrägen Muskel waren völlig gelähmt, die Pupille starr, aber die Einstellung des Auges auf die Nähe fast ungestört. Am Augenhintergrund sah man stark ausgedehnte pulsirende Venen. Aber auch das linke Auge wies Spuren von Gefässerweiterung und Vortreibung des Augapfels mit geringen Pulsationen auf. Ueberall am Schädel war für den Untersucher ein deutliches blasendes, rhythmisches Geräusch wahrnehmbar, das auch der Kranke selbst beständig hörte. Jegliche Pulsation verschwand sofort, wenn die grosse Halsschlagader zusammengedrückt wurde. Mit Röntgenstrahlen wurde ermittelt, dass die Revolverkugel wahrscheinlich in der knöchernen Wand der Augenhöhle, im Keilbeinflügel oder an der Grenze von Keil- und Jochbein sitzt. Sie dürfte die Schädelhöhle nicht verletzt haben, sondern durch die Keilbein-Kiefergrube eingedrungen sein.

Es ist anzunehmen, dass durch Splitterung des Keilbeins eine Verbindung zwischen der Carotis interna und dem Sinus cavernosus, ein Aneurysma arteriovenosum, entstanden ist: Das Blut aus der Carotis strömt unter starkem Druck in den Sinus und veranlasst von da aus Stauung in der Augenvene. Damit wäre auch die beginnende Vortreibung und Pulsation links erklärt: Die Stauung pflanzt sich vom rechten zum linken Sinus cavernosus durch die beide verbindenden Blutleiter fort.

Ueber Wochen fortgesetzte täglich stundenlange Zusammenpressung der rechten Halsschlagader hat ein Vorschreiten des Leidens nicht verhindern können. Unterbindung derselben Schlagader ist in Aussicht genommen.

Gesellschaft der Charitéärzte.
Sitzung vom 18. Januar 1900.
(D. med. W. 1900, No. 9.)

Herr **Widenmann:** Pulsirender Exophthalmus nach Trauma.

Im Juli 1899 hat Gerhardt einen Kranken vorgestellt, bei dem nach einer Verletzung pulsirende Vortreibung des Augapfels entstand. Damals war hervorgehoben worden, dass gegen das Vorhandensein einer Verbindung zwischen Carotis communis und sinus cavernosus im vorliegenden Falle die Abwesenheit des Kopfschwitzens, der Stauungspapille, der Venenschlängelung und der Gefühlsstörungen im Bereich des ersten Astes vom V. Hirnnerven spreche. Inzwischen ist der Verletzte in Folge einer Darmtuberkulose gestorben, und es hat sich gezeigt, dass thatsächlich die innere Carotis nur cylindrisch erweitert und mit dem Nervus abducens fest verklebt, nicht aber in den Sinus durchgebrochen war. Dagegen war ein andrer auffallender Befund vorhanden: in den hinteren zwei Dritteln der vorderen Schädelgrube fehlte der Knochen ganz und gar, noch weiterhin war er unvollständig. Man muss vielleicht eine Aufsaugung des Knochens entweder im Anschluss an einen Schädelbruch oder in Folge eines grossen Blutergusses annehmen. Wahrscheinlich war der Puls der stark erweiterten Carotis auf das Auge übertragen worden, möglicherweise freilich auch in Folge der Knochenlücke der Puls des Gehirns.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.
Sitzung vom 24. Januar 1900.

Herr **Rammstedt:** Ueber eine eigenthümliche Pfählungsverletzung.

Ein Arbeiter wurde überfallen und erhielt mit einer Zaunlatte Schläge über den Kopf. Plötzlich durchzuckte ein heftiger Schmerz sein Gesicht, er konnte von diesem Augenblick ab den Mund nicht mehr öffnen. In die Klinik gebracht, war er nicht im Stande, die Zahnreihen auseinander zu bringen. In der Höhe des linken unteren Augenhöhlenrandes fand sich eine Wunde, in deren Grund ein harter, graugelber Körper beim Auseinanderziehen der Wundränder sichtbar wurde. Auf der rechten Wange wurde die Haut durch einen gleichfalls harten, ziemlich spitzen Körper von innen her vorgetrieben, der sie zu durchbohren drohte.

Wie zu erwarten war, handelte es sich um einen Holzsplitter, der links unter dem Augapfel in die Augenhöhle gedrungen war, das linke Siebbein, die linke Oberkieferhöhle, die Nasenhöhle und die rechte Oberkieferhöhle durchbohrt und sich zwischen Kiefergelenk und Kronenfortsatz des Unterkiefers, jede Bewegung des letzteren hindernd, eingeklemmt hatte.

Es gelang leicht, den Splitter, der 14 cm lang, oben $1^1/_2$ und unten $^1/_2$ cm breit war, zu entfernen. Sofort nachher konnte der Mund geöffnet werden. Die Heilung verlief ungestört.

Verein für innere Medizin zu Berlin.
Sitzung vom 19. Februar 1900.
(Allg. med. Centr. Z. 1900, No. 7.)

Herr **Jolly:** Traumatische doppelseitige Facialislähmung.

Die Verletzung ist alten Datums, sie geschah vor der Zeit der Unfallgesetze. Ein Mann, der sich an das Schwungrad einer ruhenden Maschine legte, wurde, als diese plötzlich in Gang kam, in halbkreisförmigem Bogen mitgerissen und nach vorn auf einen Kohlenhaufen geschleudert. Ausser andern minder wesentlichen Verletzungen stellte sich nach dem Abklingen der ersten Erscheinungen (Benommenheit, Nasenbluten, Kopfschmerz und Nackensteifigkeit) eine völlige Lähmung der beiderseitigen Gesichtsmuskeln heraus. Die mimischen Bewegungen fehlen, die anfangs schwer gestörte Sprache hat sich gebessert. Der Verschluss der Lippen beim Essen erfolgt durch Ansaugung, indem Pat. Luft einzieht, beim Trinken müssen die Finger nachhelfen. Beim Versuche des Augenschlusses kann er nur die oberen Lider senken. Die Gaumenmuskeln arbeiten ungestört, die Geschmacksempfindung hat stark gelitten. Das Gehör ist nur in Folge eines alten Mittelohrleidens etwas beeinträchtigt; doch sollen beim Glockenläuten und ähnlichen Geräuschen unangenehme Empfindungen entstehen. Gelähmt sind also beide Faciales unterhalb des Knie-Ganglions: Die vor letzterem abgehenden Gaumenäste sind unversehrt, die unterhalb abgehenden Geschmacksfasern und der Ast für das Steigbügelmuskelchen dagegen mitbetheiligt. Trotzdem der Mann in Folge der Verletzung auch ein unbrauchbares Auge hat, ist es ihm gelungen, sich in all der Zeit vorübergehend als Schlosser oder Maschinist, meist als Arbeiter und Pferdewärter durchzuschlagen.

Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 9. Februar 1900.

(Wiener med. Pr. 1900, No. 7.)

Herr **Büdinger:** Fall von subkutaner Sehnenruptur.

Ein Mann, der am rechten Fusse ein Ueberbein (Ganglion) hatte, rutschte mit demselben Fusse aus und empfand einen heftigen Schmerz, ohne dass ihm jedoch das Weitergehen unmöglich wurde. Die Beschwerden nahmen in der Folgezeit zu und eine Operation wurde vorgenommen. Hierbei fanden sich die Streck-Sehnen der dritten und fünften Zehe über dem Ganglion scharfrandig durchtrennt. Die Verletzung ist eine sehr seltene. Wahrscheinlich waren die Sehnen an der betr. Stelle schon krankhaft verändert und rissen in Folge des Zusammenwirkens der starken Anspannung mit dem Druck, den das Ganglion von unten her ausübte.

Altonaer ärztlicher Verein.

Sitzung am 2. Dezember 1899.

Herr **Braun:** Zwei Verletzungen des Harnapparates.

Vortr. stellt zunächst einen Knaben vor, der durch Ueberfahren eine Zerreissung der Harnröhre ohne Knochenverletzung und eine Urinfiltration im Beckenbindegewebe bekommen hatte. Interessanter ist ein zweiter Fall, der einen 56jährigen Rückenmarksschwindsüchtigen betrifft. Dieser Mann fiel in der Trunkenheit in eine Grube. Bei seiner Einlieferung ins Krankenhaus hatte er Untertemperatur und schwachen Puls, in der Bauchhöhle war freie Flüssigkeit nachweisbar. Der Katheter drang auffallend weit, d. h. augenscheinlich bis in die Bauchhöhle vor und entleerte flüssiges Blut. Wie zu erwarten war, zeigte sich nach Eröffnung der Bauchhöhle ein Riss in der hinteren Blasenwand, der stark blutete. Dieser Riss wurde genäht, die Bauchwunde dagegen nur tamponirt, ein Dauerkatheter sicherte den Abfluss des Harnes. Fünf Tage nachher bekam der Mann einen Verwirrtheitzustand, in welchem er etliche Darmschlingen aus der Bauchwunde hervorpresste. Nichts destoweniger ist alles gut gegangen, die Bauchwunde granulirt, und die Blase hält dicht.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Obergutachten über einen Fall von tötlich verlaufener Hundswuth (lyssa humana), insbesondere mit Rücksicht auf die Frage, ob das diese Krankheit erregende Gift auch durch den Biss eines Hundes übertragen werden kann, der selbst, und zwar auch später, nicht von der Krankheit befallen worden ist.

(Amtl. Nachr. d. R.-V.-A., 1900, No. 3.)

Von Seiten des Reichs-Versicherungsamts ist am 9. Mai 1899 die Königliche Charité-Direktion aufgefordert worden, in der Unfallversicherungssache der Hinterbliebenen des Monteurs Otto Emil R. in C. wider die Sächsisch-Thüringische Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft ein Gutachten darüber zu erstatten,

„ob der am 13. Mai 1897 eingetretene Tod des R. mit Wahrscheinlichkeit auf den von ihm am 3. Mai 1897 erlittenen Biss durch den Hund des Tischlermeisters St. in D. zurückzuführen ist.“

Der Unterzeichnete als Vorsteher der Wuthschutzimpfungsabtheilung des Königlichen Instituts für Infektionskrankheiten beehrt sich, zu dieser Frage sich zu äussern, wie folgt:

Es ist zunächst das thatsächlich Festgestellte kurz zu rekapituliren, wie es sich aus den vorliegenden Akten und gutachtlichen Aeusserungen ergiebt:

Am 3. Mai 1897 gegen Abend wird der Monteur R. von dem Hunde des Tischlermeisters St. in den Oberarm gebissen, und zwar durch den Aermel der Jacke hindurch. Die dadurch entstandene Bisswunde ist sicherlich nur unbedeutend gewesen, möglicherweise hat es sich um eine einfache Quetschung der Haut gehandelt. Jedenfalls war am 13. Mai, als Dr. D. den Patienten zum ersten Mal sah, nur noch eine oberflächliche, ein cm lange Narbe am Oberarm vorhanden. In dem Krankheitsbericht des Dr. D. ist ferner angegeben, dass er im Aermel des Rockes, welchen R. am Tage des Bisses getragen hat, ein dreieckiges, mit der Narbe korrespondirendes Loch festgestellt habe.

Am 11. Mai, also schon acht Tage nach dem Biss, traten die ersten Krankheitserscheinungen auf, welche, rasch sich steigernd, am 13. Mai zum Tode führten. Die von Dr. D. beobachteten Krankheitssymptome bestanden in typischen, anfallweise auftretenden Krämpfen der Schlund-, Kehldeckel- und Athmungsmuskeln, die besonders bei jedem Versuche zu schlucken ausgelösst wurden. Es bestand dabei mässiges Fieber, starker Speichelfluss, das Bewusstsein war erhalten, nur während der jedesmal 5 bis 15 Minuten anhaltenden Krämpfe durch Tobsuchtsanfälle getrübt.

Dieser von Dr. D. sehr anschaulich beschriebene Verlauf entspricht nach jeder Hinsicht dem furchtbaren Krankheitsbilde der lyssa humana. Mit dieser Annahme stimmt auch das wesentlich negative Ergebniss der am selben Tage noch durch Herrn Medizinalrath Dr. Sch. vorgenommenen Sektion überein. Allerdings hat schon Herr Medizinalrath Dr. Sch. selbst die Möglichkeit erörtert, dass ein atypischer Fall von Wundstarrkrampf die Symptome der lyssa vorgetäuscht haben könnte. Leider haben die bakteriologischen Untersuchungen und Thierversuche kein entscheidendes Resultat ergeben, speziell ist das Kaninchen, welchem einige Tropfen der mit Bouillon hergestellten Verreibung des verlängerten Markes in die Ohrvene injizirt wurden, am Leben geblieben. Doch ist dieser Infektionsmodus, wie Herr Medizinalrath Dr. Sch. selbst zugiebt, nicht als einwandfrei zu betrachten. Der negative Ausfall dieses Experimentes kann also nicht gegen die Diagnose „Hundswuth“ geltend gemacht werden. Wenn auch unter diesen Verhältnissen eine absolute Sicherheit über die Art der Krankheit, welcher R.

erlegen ist, nicht mehr zu gewinnen ist, so ist doch das Urtheil gerechtfertigt, dass es sich zum Mindesten „mit hoher Wahrscheinlichkeit um lyssa humana gehandelt hat.“ Ganz anders ist aber die Frage zu beurtheilen, ob die am 3. Mai erlittene Bissverletzung mit Wahrscheinlichkeit als Ursache dieses Hundswuthfalles zu betrachten ist.

Es spricht gegen diesen Zusammenhang die abnorm kurze Inkubation von nur acht Tagen, wie eine solche beim Menschen bisher noch niemals mit Sicherheit beobachtet worden ist. Hätte es sich um sehr ausgedehnte Verletzungen in der Nähe des Gehirns, also um Bisswunden im Gesicht oder auf der behaarten Kopfhaut gehandelt, so würde diese abnorme Kürze der Inkubation nicht gar so unerklärlich erscheinen. Aber bei dem Sitz der ganz oberflächlichen und unbedeutenden Wunde am Oberarm muss man, um das vorzeitige Auftreten der Tollwuthsymptome zu begründen, zu unwahrscheinlichen, durch nichts gestützten Hypothesen einer besonders hohen Disposition, zufällig günstigen Resorptionsverhältnissen etc. seine Zuflucht nehmen.

Das Alles möchte noch angehen, aber es spricht — und dieses ist der ausschlaggebende Punkt — nichts dafür, dass der beissende Hund überhaupt toll gewesen ist. Das betreffende Thier ist am 13. Mai, zehn Tage nach dem Biss thierärztlich untersucht und gesund befunden worden. Weitere thierärztliche Beobachtungen desselben Hundes fanden im Februar und Mai 1898 mit demselben Ergebniss statt. Man müsste also annehmen, dass der Hund, obwohl selbst gesund, die Tollwuth übertragen habe, wie dies thatsächlich von dem Königlichen Kreisthierarzt Herrn Dr. Sch. und Herrn Medizinalrath Dr. J als möglich und sogar als wahrscheinlich hingestellt wird. Damit verlassen wir jedoch völlig den gesicherten Boden des wissenschaftlich Festgestellten. Es ist bekannt, dass Hunde schon in der Inkubationszeit, vor dem Auftreten der ersten Wuthsymptome mit ihrem Speichel die Wuth übertragen können. Aber diese Thiere erkranken dann einige Tage später selber und erliegen der lyssa. Es ist dagegen bisher noch nicht einwandfrei nachgewiesen, dass Hunde, bei welchen die Infektion so weit fortgeschritten ist, dass das Krankheitsgift schon in den Speicheldrüsen sich lokalisirt hat, im weiteren Verlaufe, ohne überhaupt Krankheitssymptone zu zeigen, wieder gesunden können. Die Parallele, welche Herr Medizinalrath Dr. J. mit dem Verhalten der Diphtheritis zu ziehen versucht, scheint mir für die von ihm vertretene Auffassung nicht durchaus beweisend. Bei der Diphtheritis können in der That die Krankheitserreger durch zufällige Berührungen u. s. w. auf die Mundschleimhaut gesunder Personen gelangen und dort in dem Mundspeichel, in den oberflächlichsten Epithelschichten einige Zeit in infektionstüchtigem Zustande sich erhalten, ohne das Individuum selbst krank zu machen. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der Hundswuth. Hier wird das Virus durch Bisse übertragen; das Erscheinen des Virus im Speichel hat deshalb eine ganz andere Bedeutung, es gelangt dahin von den Speicheldrüsen aus und muss als Ausdruck einer schon weit vorgeschrittenen Infektion des Gesammtorganismus betrachtet werden, die nach unseren bisherigen Kenntnissen kaum symptomlos bleiben kann.

Unter Berücksichtigung dieser Gründe gebe ich mein Gutachten dahin ab:

Es ist nicht wahrscheinlich, dass der am 13. Mai 1897 erfolgte Tod des Monteurs Otto Emil R. auf den von ihm am 3. Mai 1897 erlittenen Biss durch den Hund des Tischlermeisters St. in D. zurückzuführen ist.

Berlin, den 2. Juni 1899.

Professor Dr. R. Pfeiffer.

Gemäss dem vorstehenden Obergutachten hat das Reichs-Versicherungsamt den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem von ihm als Betriebsunfall anerkannten Hundebiss und dem Tode des Ehemannes und Vaters der Kläger nicht für wahrscheinlich erachtet und deshalb die Hinterbliebenen unter Aufhebung des Schiedsgerichtsurtheils mit ihren Entschädigungsansprüchen abgewiesen.

Betriebsunfall liegt nicht vor. Eine Bruchanlage kann nicht durch Unfall entstehen.

Rek.-Entsch. 23. September 1899.

Der Bergmann Johann St. will sich am 28. September 1898 bei seiner Betriebsarbeit auf der Zeche ver. Wiesche beim Umkippen eines Steinewagens einen linksseitigen und am 29. November 1898 auf derselben Zeche einen rechtsseitigen Leistenbruch zugezogen haben. Der Sektionsvorstand lehnte es ab, eine Unfallrente zu bewilligen, weil die bestehenden Bruchleiden nicht die Folge von Unfällen seien, sondern auf einer angeborenen Entwickelungsanomalie beruhten, die sich im Laufe der Zeit allmählich weiter ausgebildet hätten. Die eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses sind zurückgewiesen worden. Gründe:

Die Rekurse sind unbegründet. Was den ersten, am 28. September 1898 ausgetretenen Leistenbruch anlangt, so hat der Kläger am 23. November 1898 zu Protokoll des Bergrevierbeamten wörtlich erklärt, und die Richtigkeit der Niederschrift durch Vollziehung derselben bestätigt: „Ich habe den andern Tag noch gearbeitet, da war die Beule viel grösser geworden, nnd ich ging zum Arzte.“ Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Erklärung richtig ist, im Gegensatz zu der später abgegebenen, abweichend lautenden schon deshalb, weil bei der Abgabe jener Erklärung der Hergang noch am Frischesten in der Erinnerung des Klägers haftete. Indessen kommt es hierauf nicht an. Denn nach dem Gutachten Professor L.'s vom 30. November 1898 hat sogar an diesem Tage noch kein ausgebildeter Bruch, sondern nur eine bedeutende, der Entwickelung zum fertigen Bruch allerdings nahe Bruchanlage bestanden; und auch in dem Atteste, welches am 9. Februar 1899, das ist vier Monate nach dem Hervortritt der linksseitigen Bruchanlage ausgestellt und von Dr. B. mit vollzogen worden ist heisst es noch; Der linksseitige Leistenbruch tritt aus dem äusseren Leistenring, welcher mässig erweitert ist, nicht hervor. Danach ist der Kläger im Irrthum, wenn er meint, Dr. B. habe am 29. September 1898 einen fertigen, frisch entstandenen Bruch bei ihm festgestellt. Ein solcher Irrthum ist auch begreiflich, da im täglichen Verkehr zwischen einem eigentlichen Bruch im wissenschaftlichen Sinne und einer weit entwickelten Bruchanlage nicht immer sorgfältig unterschieden wird. Eine Bruchanlage aber kann nicht durch Unfall entstehen, und es bedarf schon aus diesem Grunde weder der nochmaligen Anhörung des Dr. B., noch der Vernehmuug der vom Kläger benannten Zeugen.

Was sodann den Hergang vom 29. November 1898 angeht, so sind dessen Folgen am Tage darauf von Professor L. untersucht und festgestellt worden, mit dem Ergebniss, welches ebenfalls durch das von Dr. B. mit vollzogene Attest vom 9. Februar 1899 bestätigt wird, dass auch auf der rechten Seite bis dahin kein fertiger Bruch, sondern nur eine Bruchanlage bestand. (Kompass, 1899, No. 23.)

Leistenbruch. Betriebsunfall liegt nicht vor.

Rekurs-Entscheidung vom 13. Juli 1899.

Der Bergmann Konrad V. aus Königstein bei Sulzbach in Bayern beantragte beim Sektionsvorstande die Gewährung einer Unfallrente, weil er sich dadurch einen Leistenbruch zugezogen

habe, dass er beim Heben eines 80 Pfund schweren Felsstückes ausgeglitten und hingefallen sei. Während der Sektionsvorstand den Anspruch ablehnte, weil ein Betriebsunfall nicht vorliege, da es sich um eine allmähliche Entwicklung handle, nahm das Schiedsgericht das Gegentheil an und verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Gewährung einer Rente von 10 pCt. Die Berufsgenossenschaft legte gegen diese Entscheidung Rekurs ein und führte aus, dass der Leistenbruch des Klägers nach dem Gutachten des Privatdozenten Dr. P. aus München nicht plötzlich entstanden sein könne. Dem Rekurse wurde stattgegeben und der ablehnende Bescheid des Sektionsvorstandes wiederhergestellt. Gründe:

Nach ärztlicher, vom R.-V.-A. als richtig anerkannter Erfahrung entwickeln sich Leistenbrüche in der Regel aus angeborener oder unmerklich entstandener Anlage allmählich, und es erfolgt ihr Austritt lediglich in Folge des weiteren Fortschreitens dieser Anlage ohne wesentliche Mitwirkung eines als Unfall zu bezeichnenden besonderen Ereignisses. Daher muss, wenn eine Ausnahme von dieser Regel behauptet wird, nachgewiesen werden, dass der Bruch plötzlich in Folge eines bestimmten Betriebsereignisses ausgetreten ist. Dies kann im Allgemeinen nur angenommen werden, wenn bei Verrichtung der gewöhnlichen Arbeit besondere Umstände vorlagen, oder wenn der Wahrnehmung des Bruches eine mit einer nicht betriebsüblichen Anstrengung verbundene ungewöhnliche Thätigkeit oder ein zur plötzlichen Hervorbringung eines Bruches geeigneter ausserordentlicher Vorgang vorausgegangen ist. Es lässt sich nun nicht verkennen, dass im vorliegenden Falle eine Reihe von Umständen vorhanden sind, die für eine plötzliche Entstehung des Bruchleidens sprechen könnten. Der Kläger hat einen etwa 80 Pfund schweren Stein gehoben, eine Arbeit, die zwar an sich für einen Häuer über den Rahmen des Betriebsüblichen nicht hinausgehen dürfte, aber doch die Leistungsfähigkeit des nahezu 63jährigen Klägers überschritten haben könnte. Es soll ferner bei jener Arbeit ein ausserordentlicher Vorgang vorgekommen sein, indem der Stein, als er etwa bis zur Brusthöhe erhoben war, den Händen des Klägers entglitten und an seinem Körper entlang, die Brust- und Leistengegend treffend, herabgerollt sein soll. Ja, es wird auch behauptet, dass der Kläger selbst beim Erheben des Steines mit den Füssen ausgeglitten sei. Dem Anspruche des Klägers günstig ist es auch, dass er alsbald nach diesem Vorfall die Arbeit eingestellt, zu seinen Arbeitsgenossen über Schmerzen geklagt, dass er Uebelkeit empfunden, dem Vertreter des Betriebsunternehmers von dem Vorkommnisse Meldung gemacht und am nächsten Tage, nachdem er bis dahin im Bett gelegen, einen Arzt zugezogen haben will.

Gleichwohl hat das Rekursgericht dem Schiedsgericht nicht in der Auffassung folgen können, dass der rechtsseitige Leistenbruch des Klägers am 20. Januar 1898 durch das Heben des Steines, das Ausgleiten dabei oder durch die Gewaltwirkung, die der fallende Stein auf den Körper ausübte, entstanden sei. Der Kläger ist nicht nur durch sein hohes Alter, in welchem — zumal bei Leuten, die ihr Leben lang anstrengende körperliche Arbeit verrichtet haben — erfahrungsmässig die Muskeln und Bänder erschlaffen, und der Austritt von Bauchinhalt durch die anatomisch vorgebildeten Oeffnungen der Bauchwand leichter als in jüngeren Jahren sich vollzieht, sondern offenbar auch von Natur zu Unterleibsbrüchen besonders beanlagt. Denn wie Dr. K. in K. und der Privatdozent Dr. Pr. in M. übereinstimmend bezeugen, sind die Leistenkanäle bei V. von ungewöhnlicher und bedeutender Weite, der rechtsseitige ist sogar für drei Finger durchgängig. Der Kläger ist auch schon mit einem linksseitigen Leistenbruch behaftet, den er bereits vor dem 20. Januar 1898 gehabt haben will. Beide Brüche lassen sich, wie es bei allmählich entstandenen die Regel, bei plötzlich eingetretenen selten ist, leicht in die Bauchhöhle zurückbringen. Vor Allem aber hebt Dr. P. hervor, dass der rechtsseitige Leistenbruch grösser ist als der linke, dass er tiefer in den Hodensack hinabgeglitten ist als dieser, und grössere Neigung zum Vorfallen hat, auch der Leistenkanal auf der rechten Seite weiter ist als links, und schliesst daraus, dass der rechte Leistenbruch länger bestehe als der linke. Wäre zur Zeit des Unfalls nur der linke Leistenbruch vorhanden gewesen und hätte der behauptete Vorgang überhaupt den Austritt von Eingeweidetheilen aus dem Unterleibe des Klägers verursacht, so würde nach der einleuchtenden Ansicht des Dr. P. die Folge weit eher ein Auspressen einer grösseren Menge von Darmschlingen durch die linke Bruchpforte als die gewaltsame Hervorbringung eines neuen Leistenbruchs auf der anderen Seite gewesen sein. Diese Darlegungen sind so überzeugend, das das Rekursgericht — zumal Dr. P. auch die Schmerzen und die Uebelkeit, ohne diese Empfindung in Abrede zu stellen, auf andere Weise als durch einen plötzlichen Bruchaustritt erklärt — die Annahme eines solchen für ausgeschlossen erachtet hat, und zwar selbst für den Fall, dass alle obigen Angaben über den Unfall und das Verhalten des Klägers dabei und unmittelbar danach thatsächlich zutreffend sein sollten, was bisher noch nicht feststeht, da nur die eigenen, von den Aerzten wiedergegebenen Mittheilungen des Klägers selbst vorliegen.

(Kompass, 1899, No. 22.)

Uebertreibung.

Rek.-Entsch. vom 27. Oktober 1899.

L. Z. aus B. erhielt in Folge einer am 15. Oktober 1895 durch Betriebsunfall erlittenen Quetschwunde am rechten Fussrücken von der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft zuletzt auf Grund der schiedsgerichtlichen Entscheidung vom 2. Februar 1898 seit dem 1. April 1897 eine zehnprozentige Theilrente Durch einen weiteren, durch schiedsgerichtliche und Rekursentscheidung bestätigten Bescheid vom 5. März 1898 wurde die Zahlung der Rente vom 1. April 1898 ab eingestellt, weil nach dem Gutachten des Kgl. Bezirksphysikus Dr. B. vom 8. Mai 1898 eine Erwerbsunfähigkeit nicht mehr vorliege. Demnächst hat Z. am 17. Januar 1899 den Antrag auf Wiedergewährung einer Unfallrente gestellt mit der Behauptung, dass sich sein Zustand verschlimmert habe. Er ist jedoch durch Bescheid vom 7. März 1899 abgewiesen worden, weil nach dem Gutachten des Dr. L. vom 17. Februar 1899 eine Erwerbsbeschränkung nicht eingetreten sei. Hiergegen hat Z. rechtzeitig Berufung eingelegt mit dem Antrage, eine Untersuchung oder nöthigenfalls eine Beobachtung in einem Krankenhause anzuordnen und die Berufsgenossenschaft zur Zahlung der gesetzlichen Unfallrente zu verurtheilen. Das Schiedsgericht holte ein Obergutachten des Kgl. Bezirksphysikus Dr. B. vom 27. April 1899 ein. Sanitätsrath Dr. B. machte u. A. geltend: „Z. zeigt einen guten Ernährungszustand. Er hustet in starker Weise, aber nur zeitweilig; der Husten macht aber den Eindruck des Gekünstelten. An seinen Lungen und am Herzen lässt sich keinerlei krankhafte Affektion feststellen. Auf dem Rücken des rechten Fusses besteht eine Röthung der Haut, kein Geschwür; er hat den Fussrücken mit einer Bleisalbe bedeckt und den Fuss mit einer Binde eingewickelt, nach den Knöcheln zu besteht auch eine leichte Schwellung des Unterhautzellgewebes. Irgendwelche Veränderungen der Sehnen, Bänder oder der Knochen ist auch gegenwärtig nicht am Fusse bemerkbar; das Fussgelenk ist frei beweglich. Die rechte Wade ist ebenso fest und umfangreich wie die linke.

Auch schwankt er in auffälliger Weise, als er auf seinem gesunden linken Bein allein stehen soll; auf dem rechten Bein will er überhaupt nicht allein stehen können. Er hat tüchtige Schwielen an den Handflächen, die von der Arbeit zeugen. Wenn er unbeobachtet ist, hinkt er beim Gehen nicht. Hiernach kommt der Obergutachter zu dem Ergebniss, dass die leichte Röthung des rechten Fussrückens, welche allein als Folge des Unfalls vom 15. Oktober 1895 in Frage kommen kann, derartig ist, dass durch sie irgendwelche Arbeitsbeschränkung verursacht sein kann. Bei gutem Willen des Mannes dürfte die leichte Röthung des rechten Fussrückens durch einfache Waschungen des Gliedes leicht zu beseitigen sein. Z. ist in Bezug auf seine Erwerbsfähigkeit von den Folgen seines Unfalls vom 15. Oktober 1895 wiederhergestellt. Das Schiedsgericht erachtete dieses Gutachten für massgebend und erkannte auf Zurückweisung der Berufung. Gegen diese Entscheidung legte der Kläger Rekurs ein mit dem Antrage, erforderlichenfalls nach Anhörung eines anderen ärztlichen Sachverständigen ihm eine Rente zu gewähren. Er erklärte, die Unfallfolgen seien nicht beseitigt, der Rücken des rechten Fusses sei noch immer roth und schmerzhaft, auch gegenwärtig werde er von Dr. L. behandelt. Geschäftsführer Z. bat um Zurückweisung des Rekurses. Demgemäss erkannte auch das Reichs-Versicherungsamt und machte u. A. Folgendes geltend: Eine Rente würde der Kläger gemäss § 65 des Unfallversicherungsgesetzes nur dann beanspruchen können, wenn nachgewiesen wäre, dass in den Verhältnissen, welche am 5. März 1898 für die Renteneinstellung massgebend gewesen sind, eine wesentliche, auf den Unfall zurückführende, mit einer Schmälerung seiner Erwerbsfähigkeit verbundene Veränderung eingetreten ist. Dieser Beweis ist aber nicht erbracht und im Hinblick auf die von Dr. L. zu B. vom 17. Februar 1899 vom Kgl. Bezirksphysikus, Sanitätsrath Dr. B. ebendort am 27. April 1899 erstatteten Gutachten wenigstens zur Zeit nicht zu erbringen. Die auch von Dr. B. festgestellte Röthung des rechten Fussrückens, die allein noch als Unfallfolge in Betracht kommen könnte, übt, wie der Sachverständige überzeugend ausführt, auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers keinen nachtheiligen Einfluss aus. Die sonstigen Leiden des Klägers, insbesondere der Bronchialkatarrh, an dem er, wie Dr. L. in dem Gutachten vom 17. Februar 1899 bezeugt, ärztlich behandelt wurde, hängen mit dem Unfall nicht zusammen. Mit Recht hat daher die Genossenschaft die Wiedergewähr einer Rente abgelehnt. Da der Sachverhalt genügend aufgeklärt ist, so bedurfte es der Einholung eines weiteren Gutachtens nicht.

M.

Mittheilungen aus der italienischen Literatur.

Giebt es eine Auswanderung von Eingeweidewürmern in die verschiedenen Körperhöhlen post mortem? Diese unter Umständen forensisch wichtige Frage ist mit Nein zu beantworten.

Demateis, Arzt am parasitologischen Institut zu Turin, hat in einer längeren Arbeit (riforma med. 1899 No. 231—234) die helminthologische Kasuistik der älteren Autoren einer Bearbeitung unterzogen. Er kommt zu dem Resultat, dass nur Erhöhung der Körperwärme die Lumbricoiden wie die Bandwürmer zum Auswandern veranlasst, niemals wandern sie bei niederer Temperatur.

Bezüglich der Frage ob Spulwürmer Verletzungen der Darmwand machen können, spricht D. sich positiv aus. Allerdings mögen es meist präexistirende Läsionen der Darmwand sein, welche den durch thermischen Reiz in Bewegung gebrachten Thieren wenig Widerstand entgegensetzen: so kann ein ulcus in einen Fistelgang verwandelt werden; aber auch eine Auswanderung durch die normale Darmwand ist als möglich zuzugeben.

Für die bei uns hauptsächlich in Betracht kommende Infektion mit taenia solium ist es wichtig, dass die Wanderung dieses Bandwurmes zu einer Autoinfektion mit Cysticerken Veranlassung geben kann.

Im pathologisch anatomischen Institut des Hospitals zu Neapel machte Bucco eine Reihe methodischer Untersuchungen über die Durchgängigkeit der Eierschalen für Mikroorganismen. Dieselben bewiesen in stringenter Weise die Durchlässigkeit der Eierschaalen für pathogene wie nicht pathogene Bakterien, welche im Eiweiss der Eier einen günstigen Nährboden finden. Der Staphylococcus pyogenus aureus, der Bacillus coli und der Typhusbazillus, der Diphteriebazillus u. A. dringen in gekochte wie rohe Eier ein; einige bis ins Eiweiss, andere bis in den Eidotter, und bewahrten in demselben ihre morphologischen und culturellen Eigenthümlichkeiten.

Diese Thatsache ist in hygienischer Beziehung um so wichtiger, als die Eier von den Vorkäufern vielfach unsauber behandelt und aufgehoben werden. So werden dieselben in Neapel auf dem Lande monatelang in feuchter Erde aufgehoben, damit sie an Gewicht und Durchsichtigkeit nicht verlieren.

Eier sollten deshalb roh nur genossen werden, wenn man sicher ist, dass sie frisch gelegt sind und selbst in diesen Fällen hat man Rücksicht zu nehmen auf die mögliche Infektion derselben mit Keimen, welche vor der Bildung der Eierschaale in sie hineingelangt sein könnten.

Eier bei 100 Grad gekocht faulen schnell: solche die unter hohem Druck oder bei 134 Grad hart geworden sind, halten sich viel länger intakt.

rif. med. 1899 No. 226—230.

Als ein sicheres Reagens auf Diabetes bewährt sich die Blutuntersuchung, welche Williamson 1897 angegeben hat.

Dieselbe ist leicht und wenig umständlich: sie beruht auf dem Prinzip, dass eine sehr verdünnte Methylenblaulösung in der Wärme und bei alkalischer Reaktion von Diabetiker-Blut und zwar einem einzigen Tropfen entfärbt wird.

Man giesst in ein Glas 40 Cubikcentimeter destillirten Wassers, fügt demselben einen Tropfen des zu untersuchenden Blutes aus der sorgfältig desinficirten Fingerkuppe hinzu und setzt dann weiter 1 Cubikcentimeter einer Methylenlösung von 1:6000 und 40 Cubikcentimeter Natronlauge zu. Erwärmt man nun diese Mischung im Wasserbade, so wird das Methylenblau farblos oder schmutzig grün.

Im Anfang kann man zur Kontrole einen Tropfen Blut eines gesunden Menschen in gleicher Weise prüfen und wird finden, dass das Blau unverändert bleibt, höchstens etwas an Intensität verliert. Durch wiederholte Untersuchungen mit bekanntem Glycosegehalt ist es sogar möglich sich eine Farbenskala zu machen, durch welche man annähernd den Prozentgehalt feststellen kann.

Diese Prüfung hat den Vortheil, dass man, selbst wenn der Urin zeitweise zuckerfrei befunden wird, doch noch eine Diabeteskrankheit feststellen kann. Der Italiener Lucibelli prüfte in der inneren Klinik zu Neapel diese Reaktion an einer ganzen Reihe von Kranken und auch experimentell an mit Phlorizin diabetisch gemachten Thieren und will sie immer zuverlässig gefunden haben. — Auch eine Reihe anderer Autoren treten für die Sicherheit dieser Untersuchungsmethode ein.

(gazzetta degli ospedali e delle cliniche 1899, No. 130.)

Hager (Magdeburg.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Dieckerhoff, Geh. Reg.-R. Prof. Dr.: Gerichtliche Thierarzneikunde. Berlin, R. Schoetz. II. Aufl. 1899. 648 S. Pr. 20 M.

Längst ist die Zeit vorüber, wo der Medizinalbeamte und der preuss. Physikus der amtliche Sachverständige auch bei Krankheiten und Mängeln der Gebrauchsthiere war.

Trotzdem wird es manchem Arzt wünschenswerth sein, von einem Werke Kenntniss zu erhalten, welches in der Litteratur der Sachverständigenthätigkeit einen bedeutsamen Platz einzunehmen ausersehen ist.

Für seine Gebrauchsfähigkeit spricht am Besten der Umstand, dass zwischen Mai und September 1899 zwei Auflagen nothwendig wurden, von denen die zweite eine wesentliche Vermehrung der Gutachten-Beispiele enthält.

Das, was das Buch auszeichnet, ist die Klarheit der Darstellung und die Uebersichtlichkeit der Anordnung, so dass selbst der Leser, welcher nicht Thierarzt vom Fach ist, den Eindruck erhält, dass er eine bis in die Einzelheiten ihm verständliche Materie vor sich hat. Gilt dies bei dem eigentlichen Texte im Wesentlichen für Leser mit anatomischen und pathologischen Vorkenntnissen, so gilt es noch in höherem Mass von den Beispielen, welche man in des Wortes vollster Bedeutung als Mustergutachten bezeichnen kann.

„Das gerichtsärztliche Gutachten soll eine den Richter (also einen Laien) überzeugende klinische Darstellung sein". Diesen Spruch setzte einst Friedberg als Motto vor seine lehrreiche Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten, deren Lektüre noch heutzutage jedem Praktiker empfohlen werden kann und die Lösung eines solchen Programms kennzeichnet Dieckerhoff's Meisterschaft.

Besonders in den schwierigen Fragen der Gewährsmängel beim Viehkauf zeigen seine Gutachten eine solche durchsichtige Einfachheit der Darstellung, eine solche Ausmerzung überflüssiger theoretisirender Gelehrsamkeit, dass er die Ergebnisse wissenschaftlicher Erfahrungen und Erwägungen sicherlich dem Verständnisse der Laien möglichst nahe bringt. Dabei vergiebt er der Würde seiner Sachverständigenstellung nie etwas, denn immer markiren sich in der Schilderung die Punkte, wo der Laie die Pflicht empfinden muss, zur Erlangung der eigenen Ueberzeugung sich dem zu beugen, was ihm als feststehendes Ergebniss wissenschaftlicher Forschung vorgetragen wird.

Recht lehrreich ist auch das Kapitel, welches die allgemeine Anleitung zur Abfassung thierärztlicher Gutachten giebt. Ohne seine Leser sklavisch auf ein Schema zu verpflichten, betont Dieckerhoff den Werth der Form und Planmässigkeit. Er verschmäht es nicht, für stylistisch schwierige Stellen, z. B. für die Formung und Zusammenfassung des gutachtlichen Resultats eine ganze Reihe von Wendungen und Uebergängen wörtlich anzuführen. Weiss er doch, dass die Praktiker, für die sein Buch bestimmt ist, oft bei guten Fachkenntnissen an der Ungelenkigkeit in der Form scheitern.

Dass die thierärztliche Begutachtung neben dem einfachen Gutachten und dem Motivirten noch als besondere Form das Gegengutachten kennt, welches auf Grund desselben Thatbestandes zu anderen Erwägungen und Schlüssen wie ein Vorgutachten gelangt, dürfte auch interessiren zu erfahren.

Schliesslich erweist sich der Verfasser auch als ein gründlicher Kenner des einschlägigen Rechts. Ein besonders juristischer Theil schildert die historische Entwickelung der verschiedenen „Währschaftssysteme" beim Viehkauf von der ältesten römischen Gesetzgebung bis zu der durch das Bürgerliche Gesetzbuch geschaffenen Rechtslage. Auch der Begriff der Thierquälerei und die Beziehungen der Betrugsparagraphen zur thierärztlichen Sachverständigenthätigkeit werden erörtert.

Wir zweifeln nicht, dass das Buch für die forensische Wirksamkeit unserer Thierärzte von einschneidender Bedeutung sein wird. L.

Hoffa, Dr. Albert, Prof. a. d. Univers. Würzburg. Atlas und Grundriss der Verbandlehre für Studirende und Aerzte. Mit 144 Tafeln. Lehmann's Handatlanten. Bd. XIII. München J. F. Lehmann 1900. 129 S. Preis 7 M.

Das Erscheinen des trefflichen Werkes in zweiter Auflage kann nur mit Freude begrüsst werden. Die Empfehlung, die wir ihm bei einem ersten Erscheinen auf den Weg gaben, wiederholen wir um so eindringlicher, als der Verfasser den gediegenen Inhalt diesmal noch um 16 Tafeln bereichert und auch sonst manche Verbesserungen angebracht hat.

Windscheid, Dr. med. Franz, Priv.-Doz. an d. Univers. Leipzig. Pathologie und Therapie der Erkrankungen des peripherischen Nervensystems. Medizin. Biblioth. Nr. 157—161. Leipzig, C. G. Naumann 1899. 244 S. Preis 2,50 M.

Ein sehr sorgfältig ausgearbeitetes Nachschlagebuch. Die zahlreichen Wiederholungen, die beim Durchlesen des ganzen Werkchens störend wirken, sind durch den deutlich verfolgten Zweck, dem praktischen Arzte im Einzelfalle eine rasche und vollkommene Orientirung zu ermöglichen, geboten gewesen. Besonders empfehlenswerth ist das Buch auch für Denjenigen, der sich mit Gewerbekrankheiten und Unfallheilkunde beschäftigt. Wie es bei der jetzt sehr regen Forschung auf dem Gebiete der peripherischen Nervenkrankheiten nicht anders zu erwarten war, ist seit der Fertigstellung des Buches schon wieder eine ganze Reihe neuer berücksichtigenswerther Einzelheiten aus diesem Gebiete beschrieben worden. Wir wünschen dem Verfasser, dass ihm bald Gelegenheit gegeben werde, in einer neuen Auflage diese Ergänzungen anzubringen. Die in den Text eingefügten Abbildungen sind, entsprechend der sehr bescheidenen Ausstattung des Ganzen, nicht eben künstlerisch schön, aber ziemlich charakteristisch.

Paulsen, Prof. Dr. Ed. in Kiel. Die Singstimme im jugendlichen Alter und der Schulgesang. Kiel, Kommissions-Verlag von Gnevkow und von Gillhorn. 1900.

Ausgehend von dem Satze, dass die gegenwärtig übliche Ausführung des Chorgesangs in den Schulen eine Gefahr für viele jugendliche Stimmen darstellt, und dass demgegenüber der Schulung der Stimmen im Einzelnen in einer dem individuellen Stimmumfang angemessenen Ausdehnung der Vorzug zu geben ist, giebt Verf. einen beachtenswerthen Beitrag zu der Frage des Stimmumfangs in den einzelnen Altersklassen. Er beschränkt sich dabei nicht auf das schulpflichtige Alter, sondern dehnt seine Untersuchungen bis zum 20. Lebensjahre aus, um das ganze Lebensalter zu umfassen, in welchem sich der Uebergang von der Knaben- zur Männerstimme und von der Mädchenstimme zu der des erwachsenen Weibes vollzieht. Besondere Aufmerksamkeit widmet der Verf. der Zeit des

Stimmwechsels bei Knaben; in dieser Zeit bedarf die Knabenstimme, um vor dauernden Schädigungen bewahrt zu bleiben, der grössten Schonung, wie dies ja meist jetzt auch schon üblich ist; Verf. weist aber nach, dass auch die Stimmen der Mädchen in den entsprechenden Jahren ebenfalls mit grösster Vorsicht behandelt werden muss. Bei der Auswahl der Chorgesänge in den Schulen ist auf diese Verhältnisse Rücksicht zu nehmen. Die sehr interessanten und fleissigen Untersuchungen des Verfassers, aus denen die Grenzen leicht erkennbar sind, innerhalb deren sich die gewählten Musikstücke in jedem Falle zu halten haben, sind Fachleuten und allen massgebenden Dienststellen zum speziellen Studium dringend zu empfehlen. R. M.

Andreae, Dr. med. et phil. Julius, Die Verletzungen des Sehorganes mit Kalk und ähnlichen Substanzen. Leipzig, W. Engelmann 1899. 178 Seiten. Preis 5 Mark.

Während man die Verletzungen durch thermische Einwirkung mit Recht als Verbrennungen bezeichnet, ist für die durch chemische Einwirkung entstandenen besser der Name Verätzung zu wählen. Verfasser zählt zunächst die verschiedenen Stoffe auf, welche Verätzung des Auges bedingen können, um sodann auf das Calcium und seine Verbindungen näher einzugehen. Beim Löschen des Kalkes, d. h. bei der chemischen Vereinigung von Calciumoxyd und Wasser entsteht keineswegs sofort eine beträchtliche Temperatursteigerung, sondern es vergehen 10 Minuten und mehr, ehe 40 ^{0} C. überschritten werden, eine Steigerung bis 100 ^{0} C. tritt selten ein, höher steigt die Temperatur unter gewöhnlichen Umständen überhaupt nicht. Der gelöschte Kalk, das Kalkhydrat mischt sich leicht mit Wasser und löst sich dabei theilweise auf, wobei keine Erwärmung eintritt. Zuckerwasser löst, je nach Konzentration 20—50 mal und Glycerin 3—15 mal soviel Kalkhydrat als gewöhnliches Wasser. Da sich der Kalk sehr schnell im Wasser löst, so wird selbst ein kleines Kalkstückchen, das in den Bindehautsack gelangt, die immer wieder von Neuem zuströmenden Thränen in eine nahezu konzentrirte Kalklösung verwandeln, welche längere Zeit auf das Auge einwirkt und so eine höchst deletäre Wirkung entfalten kann. Mechanische Verletzungen durch Calciumverbindungen sind selten. Abspringende Stückchen von Austernschalen z. B. können in die Hornhaut eindringen und dort neben der mechanischen auch noch eine chemische Wirkung entfalten. Die Annahme, dass in das Auge gelangende Kalkverbindungen sich bei der chemischen Vereinigung mit Wasser erhitzen und so eine thermische Wirkung entfalten können, hält Verf. für unrichtig. Nur Aetzkalk und Calciumkarbid erhitzen sich mit Wasser, während dies bei Kalkhydrat und Kalkbrei durchaus nicht der Fall ist, aber diese Wärmeentwicklung ist im Verhältniss zu der reichlich vorhandenen Thränenflüssigkeit so unbedeutend, dass von einer Verbrennung nicht die Rede sein kann. Das von manchen Seiten so sehr gefürchtete Herausspülen des in das Auge gelangten Kalkes mit Wasser ist also eine sehr richtige, keineswegs eine gefährliche Massnahme. Eine Hitzewirkung und zwar eine sehr gefährliche kann frisch bereiteter Kalkbrei auf das Auge ausüben, wenn die Masse noch heiss — sie kann eine Temperatur bis zu 99 ^{0} C. erreichen — in das Auge gelangt. Die Calciumpräparate wirken ferner wasserentziehend auf die Augenhäute ein und schädigen dieselben dadurch so stark, dass die sich nun bildenden Calciumsalzlösungen in das Gewebe eintreten und so namentlich zu Trübungen der Hornhaut Anlass geben können. Hierzu kommt noch als weiteres Moment die chemische Auflockerung der Gewebe durch Zerstörung der intercellulären Kittsubstanz und der Zellen selbst. Nahezu unschädlich für das Auge sind die unlöslichen Calciumverbindungen und der Gyps.

Die Verletzungen der Bindehaut durch Kalk sind besonders deshalb gefährlich, weil sie zu Verwachsungen, narbiger Schrumpfung und damit zu Störungen der Augenbewegungen Anlass geben können. Das Epithel der Hornhaut wird gewöhnlich durch Calciumpräparate sehr rasch zerstört und es kommt dann zur dauernden Trübung des Hornhautgewebes durch Einlagerung von Kalksalzen. Ausserdem bildet sich eine sekundäre Infiltration des Hornhautparenchyms, welche wieder zurückgehen kann, so dass sich die Cornea etwas aufhellt und die trügerische Hoffnung erweckt wird, es könne eine vollständige Aufhellung eintreten. Die sorgfältigen eigenen Untersuchungen des Verf. ergeben, dass die Calciumsalze nur in gelöster Form schädlich auf das Auge einwirken können. Diese Lösung dringt in das Gewebe ein, schädigt oder zerstört dasselbe und lässt als Spuren ihrer Thätigkeit unlösliche Verbindungen des Calciums mit der eigentlichen Hornhautsubstanz zurück. Das Kalkhydrat als solches wird nicht im Gewebe abgelagert, sondern stets in Calciumalbuminat verwandelt, neben dem sich kleine Mengen von Calciumcarbonat und -phosphat finden. Es ist noch ungewiss, ob das Calciumalbuminat als solches bestehen bleibt, oder sich allmählich in kohlensauren Kalk umwandelt, der vielleicht von der kohlensäurehaltigen Gewebsflüssigkeit langsam aufgelöst werden kann. Die gelegentlich beobachteten spontanen Aufhellungen von Kalktrübungen der Hornhaut machen ein derartiges Verhalten nicht unwahrscheinlich.

Was die Behandlung der Kalkverletzungen des Auges anbetrifft, so ist es für die Praxis gleichgiltig, welches Calciumpräparat eingewirkt hat. Die erste Behandlung, welche fast stets durch Laien, selten durch einen Arzt erfolgt, hat in einer sofortigen gründlichen Abspülung des Auges mit Wasser zu bestehen. Die Furcht, dass Wasser schädlich einwirken könne, ist gänzlich unbegründet. Die Kalkreste, welche sich mit dem Wasserstrahl nicht beseitigen lassen, sind instrumentell, am besten durch den Arzt, zu entfernen; sie stellen keineswegs indifferente Fremdkörper dar, sondern können eine recht erhebliche Aetzwirkung ausüben. Die Anwendung anderer Flüssigkeiten als Wasser, dem eventuell, um eine septische Infektion zu verhüten, 2 % Borsäure zugesetzt werden kann, ist nicht nur zwecklos, sondern oft genug schädlich, erst später kann Oel oder dergl. zur Linderung der Schmerzen eingeträufelt werden. Sind die Kalktrübungen stationär geworden, so hellen sie sich fast nie mehr wieder auf, die Therapie ist ihnen gegenüber machtlos, es kann nur die Tätowirung und die Iridektomie in Frage kommen.

Verf. geht dann noch auf die Häufigkeit und die Ursachen der Kalkverletzungen ein, unter letzteren wollen wir hervorheben, dass gelegentlich absichtliche Selbstbeschädigungen der Augen mit Kalk beobachtet werden. Den Verlust eines Auges bei intaktem zweiten, hält Verf. mit einer Rente von 25 % für einen Bauhandwerker für genügend entschädigt. Eine Herabsetzung der Sehschärfe auf die Hälfte der normalen bedingt für einen Maurer noch keine Störung der Erwerbsfähigkeit. Zum Schlusse wird nochmals ausdrücklich betont, dass das beste Mittel bei einer Kalkverletzung der Augen das sofortige Ausspülen mit reinem Wasser in Form eines Strahles sei. Das Buch ist mit grossem Fleiss und grosser Sorgfalt geschrieben und stützt sich zum grössten Theil auf eigene Untersuchungen des Verfassers. Groenouw.

Tagesgeschichte.

Zum Unfallversicherungsgesetz.

Aus der Kommission des Reichstages, an welche die neuen Unfallversicherungsgesetze zur Vorberathung verwiesen worden, und bei welcher wieder einmal kein Arzt hinzugezogen, der über die dabei so wesentlich in Betracht kommenden ärztlichen Verhältnisse mitrathen konnte, verlautet nach denpolitischen Zeitungen, dass die Beschaffung ärztlicher Gutachten mehrfach Gegenstand der Diskussion gewesen ist.

Zunächst wurde von einer Seite der Antrag gestellt, dass vor jeder Rentenfestsetzung der den Verletzten behandelnde Arzt zu hören sei. Diesem Antrage wurde von allen Seiten zugestimmt. — Weiter wurde dann beantragt, dass, falls der behandelnde Arzt in einem Vertragsverhältniss zu der Berufsgenossenschaft stehe, der Verletzte berechtigt sein sollte, auf Kosten der Berufsgenossenschaft sich ein Gutachten eines anderen Arztes zu verschaffen. Auch dieser Antrag wurde im Prinzip gebilligt, jedoch in Bezug auf die Kosten dieses zweiten von dem Verletzten zu beschaffenden Gutachtens Vorbehalte gemacht. — Auch unserer Ansicht nach entspricht es nur dem Gesetz der Billigkeit, dass der Verletzte das Recht hätte, ein Gutachten eines Arztes seines Vertrauens beizubringen; und da er in seinen meist ärmlichen Verhältnissen nicht die Mittel hat, sich ein ärztliches Gutachten zu beschaffen, so muss ihm die Bezahlung dieses Rechtsmittels irgendwie erleichtert werden, entweder durch die Berufsgenossenschaft oder durch den Staat. Da die Berufsgenossenschaft aber Partei in dem Streite ist, so ist nicht einzusehen, weshalb sie die Kosten ihrer Gegenpartei bezahlen soll. Vielmehr wäre es hier wohl das Natürlichste, wenn der Staat diese Kosten des Gutachtens für den Verletzten übernähme, und alsbald die untere Verwaltungsbehörde anwiese, in solchem Falle von einem ihr bekannten Arzte noch ein anderes Gutachten zu requiriren und die Kosten aus Staatsmitteln zu gewähren. Viele Berufungen und weitläufigen Verhandlungen würden dadurch vermieden werden.

In Bezug auf das Verfahren vor dem Schiedsgericht, soweit ärztliche Begutachtungen dabei in Frage kommen, hat dann der Abgeordnete Trimborn, welcher sich in hervorragender Weise für diesen Gegenstand interessirt, folgenden Antrag gestellt und in ausführlicher Weise begründet: Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahres in seiner ersten Spruchsitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Aerztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbirten Aerzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaften zu gewähren. Die Namen der gewählten Aerzte sind öffentlich bekannt zu machen. Im Uebrigen wird die Durchführung dieser Bestimmung durch die Landescentralbehörde geregelt.“ Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

Endlich ist in der Kommission auch wieder einmal die Frage erörtert, ob der Verletzte das Recht haben solle, den vollen Wortlaut des ärztlichen Gutachtens mitgetheilt zu erhalten. Diese Forderung ist von sozialdemokratischer Seite aufgestellt, „weil das ärztliche Gutachten die Grundlage für die Festsetzung der Renten bilde, und weil der Arbeiter unbedingt Alles wissen müsse, was der Arzt über seinen Gesundheitszustand ausgesagt habe, um eventuell für die nöthigen Beweismittel sorgen zu können“. Mit Recht wurde gegen diese Ansicht zweierlei eingewendet: Erstens würden die Aerzte nicht frei ihre Meinung über den Zustand des Kranken aussprechen, wenn sie fürchten müssten, dass ihr Gutachten zur Kenntniss des Verletzten gelange. — Wir möchten dem noch hinzufügen, dass doch Jedermann weiss, dass es auch unter den Verletzten eine grosse Anzahl Uebertreiber, um nicht zu sagen, Simulanten giebt, und dass bei der Begutachtung dieser Leute der Arzt, besonders in kleinen Städten, in die unangenehmste Lage kommt, und in seiner Berufsthätigkeit Schaden leidet, wenn die Gutachten in vollem Wortlaut den Verletzten mitgetheilt werden. Bekanntlich sind schon wiederholt über diesen Punkt Erörterungen angestellt worden, und das Reichs-Versicherungsamt hat in einem Schreiben an den Vorstand der Aerztekammer für Berlin im Jahre 1893*), es dem Taktgefühl der Aerzte überlassen, für ihre Gutachten die richtige Form zu finden. — Und zweitens ist ebenfalls mit Recht hervorgehoben worden, dass ärztliche Gutachten insofern diskret behandelt werden müssten, als sie oft Dinge enthalten, deren Mittheilung an den Unfallverletzten eine Härte sei, beispielsweise, wenn er erführe, dass sein Zustand hoffnungslos sei.

Die Berathung des Gesetzes im Plenum des Reichstages auf Grund der Kommissionsbeschlüsse soll bald nach Ostern beginnen. B.

Der preussische Medizinal-Etat.

Bei der Berathung des Medizinal-Etats am 15. März gaben nicht etwa die darin enthaltenen, desto mehr aber die darin vermissten Posten Anlass zu Erörterungen, bei denen die Kollegen Endemann, Martens und Rügenberg das Interesse der Aerzteschaft vertraten.

Tragikomisch war die Besprechung der nicht eingestellten Mittel zur Ausführung des Kreisarztgesetzes. In der Kommission war seitens der Regierung erklärt worden, dass das Gesetz erst am 29. September vorigen Jahres veröffentlicht worden sei und der Etat bis zum 1. Dezember fertig sein musste, ein Zeitraum, innerhalb dessen die zahlreichen Massnahmen und Erhebungen, die zum Inkrafttreten des Gesetzes nothwendig wären, nicht gemacht werden könnten. Es war jedoch ein Nachtragsetat in Aussicht gestellt worden, der es eventuell ermöglichen würde, dass am 1. Oktober das Gesetz wirksam würde. Sowohl Endemann als Martens setzten auseinander, wie wenig nach jahrzehntelangen Vorbereitungen diese Gründe stichhaltig seien, und Rügenberg wies darauf hin, wie sehr im Interesse der Volksgesundheit ein endliches Zustandekommen wenigstens dieses Stückchens der Medizinalreform zu wünschen sei. Der Kultusminister aber erklärte, es habe sich herausgestellt, dass auch auf den Nachtragsetat verzichtet werden müsse; in diesem Jahre können also überhaupt noch keine Mittel zur Durchführung des Kreisarztgesetzes eingestellt werden. Der Kultusminister sprach von „hochgespannten“ Erwartungen des ärztlichen Standes, die einstweilen noch nicht befriedigt werden könnten — nun wir glauben, die Erwartungen der Aerzte sind so gering, dass auch diese neue Enttäuschung, ohne grosses Aufsehen zu erregen, zu den übrigen gelegt werden wird.

Rügenberg erinnerte des weiteren an die vorjährige einstimmig angenommene Resolution Douglas, die die Einrichtung von Untersuchungsanstalten für die Zwecke des Sanitäts- und Veterinärwesens für die einzelnen Provinzen

*) Mitgetheilt im Lehrbuch der Aerztl. Sachverständigen-Thätigkeit von San.-Rath Dr. L. Becker, 4. Aufl., S. 87.

und die einer Central-Landes-Untersuchungsanstalt verlangte. Es wäre zweckässig, derartige Abtheilungen den hygienischen Universitäts-Instituten anzugliedern, die jetzt bereits mit Untersuchungen in öffentlichem und privatem Auftrage überlastet seien. Doch enthalte auch hierfür der Etat noch keine Forderungen. Ministerialdirektor Althoff versprach wohlwollende Erwägung der diesbezüglichen Wünsche.

Durch die Tageszeitungen ging die Nachricht, dass auch der Wunsch nach einer grösseren Berücksichtigung der Geschichte der Medizin im ärztlichen Studium bei Berathung des Medizinaletats laut geworden sei. Das ist, wie sich aus dem stenographischen Bericht ergiebt, ein Irrthum: Von der gerichtlichen Medizin war die Rede, und zwar wurde angeregt, obligatorische Kurse in diesem Fach für die Kreisärzte einzuführen, zu welchem Zwecke aber die gerichtlich-medizinischen Institute vermehrt werden müssten. Hierbei machte Ministerial-Direktor Althoff die interessante Mittheilung, dass im Entwurf der neuen Prüfungsordnung für das Deutsche Reich die gerichtliche Medizin als obligatorischer Lehrgegenstand für die Studirenden der Medizin eingeführt sei. Wenn dies Gesetz werde, könne es nicht fehlen, dass das Fach sich von selbst heben werde. Auch auf die Einführung von Fortbildungskursen werde Bedacht genommen werden.

Eine Anfrage bezüglich der Vermeidung von Gefahren, die durch die bevorstehende Errichtung von Pest-Laboratorien bedingt werden könnten, beantwortete Geheimrath Kirchner, indem er die Nothwendigkeit verhältnissmässig zahlreicher Untersuchungsanstalten gerade für die Pest nachwies und ausreichende Sicherheitsmassregeln, die angewendet werden würden, angab.

Zur Revision des Krankenversicherungs-Gesetzes.

Für die nächste Reichstagssession ist bekanntlich eine Novelle zum Krankenversicherungs-Gesetz angemeldet. Ein auf diese bezüglicher Erlass der Reichsregierung enthält, wie das „Aerztliche Vereinsblatt“ in der Lage ist festzustellen, wörtlich folgenden Passus:

„3. Mit Rücksicht auf die Verschiedenheiten, die hinsichtlich der Zulassung nichtapprobirter Personen zur Krankenbehandlung in den einzelnen Bundesstaaten bestehen, wird sich fragen, ob es sich nicht empfiehlt, im Gesetz selbst zu bestimmen, ob und in welchen besonderen Fällen die Behandlung durch andere als approbirte Aerzte gestattet sein soll. Hierbei würde zugleich zu der Frage der freien Arztwahl überhaupt Stellung zu nehmen sein.

Man kann sich bei diesen dunkeln Worten allerlei denken und braucht nicht gerade pessimistisch angehaucht zu sein, um, wie es das genannte Blatt thut, ernste Gefahren für den gesammten Aerztestand von dem Gesetzentwurf zu befürchten. Der Ausdruck „andere als approbirte Aerzte“ ist völlig räthselhaft, denn nach der Gewerbeordnung darf sich im ganzen Deutschen Reiche als Arzt eben nur der in Deutschland approbirte Arzt bezeichnen. Wer sind die in Aussicht genommenen Andern? Sind es die ausländischen Aerztinnen? Sind es, etwa für bestimmte Hilfeleistungen, die Heilgehilfen und Masseure? Oder sollen wir in der Kassenpraxis die Magnetopathen und Naturheilkundigen als Mitarbeiter begrüssen? Was die Frage der freien Arztwahl mit der Zulassung anderer Personen als approbirter Aerzte — so soll es wohl eigentlich heissen — zu thun hat, ist gänzlich unerfindlich.

Die Deutsche Aerzteschaft hat thatsächlich vorläufig allen Anlass, über den besagten Erlass beunruhigt zu sein, und es wäre sehr zu wünschen, dass von massgeblicher Seite bald eine Aufklärung erfolgte.

Eine Epidemie von bisher unaufgeklärter Art

herrscht in der Württembergischen Gemeinde Lippoldsweiler. Laut amtlichen Nachrichten sind die ersten Erkrankungen Anfang Februar vorgekommen. Bis Anfang März waren 22 Personen erkrankt, 6 gestorben. Bei den Leichenöffnungen haben sich erhebliche Krankheitszeichen nur im Darm gefunden. Die Organe von 3 Verstorbenen sind bakteriologisch untersucht worden, wobei sich herausstellte, dass die Gekrösdrüsen, das Blut, die Nieren und die Milz ausschliesslich einen Spaltpilz aus der Gruppe des Bakterium coli, zum Theil in reichlicher Menge enthielten. Es wäre interessant, von ärztlicher Seite Genaueres über den Verlauf dieser epidemischen, winterlichen Darmkrankheit zu erfahren.

Geistesstörungen in der Armee.

Wie die Tagesblätter melden, sind in der sächsischen Armee in letzter Zeit auffallend viel seelische Erkrankungen vorgekommen. Insbesondere erweckte in einigen Fällen die auffallende Disziplinlosigkeit der Leute Verdacht, indess ergab sich bei näheren Nachforschungen, dass die Betreffenden früher schon in Irrenanstalten untergebracht gewesen waren, ohne dass dies zur Kenntniss der Militärbehörde gelangt wäre. Die Gemeindebehörden sind daher seitens des Kriegsministeriums dringend aufgefordert worden, in die Stammrollen aller derjenigen Personen, die nachweislich in irrenärztlicher Behandlung gewesen seien, diesbezügliche Eintragungen zu machen.

Zur Vermeidung unbegründeter Rentenansprüche für Unterleibsbrüche

ist von der Arbeiterunfallversicherungsanstalt in Wien ein bemerkenswerther Beschluss gefasst worden. Demnächst wird an die versicherungspflichtigen Betriebe ein Plakat folgenden Inhalts, das an jeder Betriebsstätte aufzuhängen ist, versandt werden.

Es kommt häufig vor, dass für Unterleibsbrüche Entschädigungen angesprochen werden, indem angegeben wird, dass diese Gebrechen durch Unfälle oder Ueberanstrengung bei der Arbeit entstanden sind.

Da derartige Leiden auch ohne Unfall entstehen können, ja erfahrungsgemäss in der Regel nicht unfallsweise entstehen, so muss bei Unterleibsbrüchen darauf bestanden werden, dass der Nachweis des behaupteten Unfalles in einer jeden Zweifel ausschliessenden Art erbracht werde. Zu diesem Zwecke ist es unbedingt nothwendig, dass Jeder, der durch einen Unfall oder durch übermässige Anstrengung bei der Arbeit einen Unterleibsbruch erleidet, sich sogleich beim Arzte melde und diesem die Entstehungsursache bekanntgebe; ebenso hat er sich, soweit er in Wien wohnt und hieran nicht durch seinen körperlichen Zustand behindert ist, sogleich bei der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Niederösterreich in Wien, 1. Bezirk, Schottenbastei 10, einzufinden.

Wer in einem solchen Falle nicht sofort den Arzt aufsucht, begiebt sich eines der wichtigsten Beweismittel für die Beurtheilung der Berechtigung seines Anspruches und dadurch in die Gefahr, für seinen Leibschaden keine Unfallrente zu erlangen.

Gleichzeitig wird darauf aufmerksam gemacht, dass es im Interesse der Arbeiter gelegen ist, jeden ihnen in dem Betriebe zustossenden Unfall sofort nicht nur dem Unternehmer, sondern auch ihren Nebenarbeitern zur Kenntniss zu bringen.

(Arbeiterschutz.)

Berichtigung.

No. 6 S. 121 I Z. 14 v. u. lies „Löhnberg“ statt „Lehnberg.“

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 8. Ausgegeben am 15. April.

Inhalt:

(Aus dem Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.)

Betriebsunfall und Gefässerkrankung.

(Platzen eines Ammoniakkompressors. Spätere Apoplexie mit Demenz. Tod an Herzschwäche.)

Von
Dr. **Max Edel.**

Die folgenden Ausführungen behandeln die Frage eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Tod an Arteriosklerose und eine Reihe von Jahren vorher eingetretenem Betriebsunfall. Der Tod pflegt sehr häufig in einem gewissen Lebensalter an den Folgen von Gefässerkrankung aufzutreten. Es dürften daher die Gründe von Interesse sein, aus welchen im vorliegenden Falle ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod wahrscheinlich erscheint.

Der Maschinenmeister C. R. 1836 geb. erlitt im Juli 1891 in einem Brauereibetriebe, in welchem er mehrere Jahre zur Zufriedenheit gewirkt hatte, einen Unfall durch Explosion eines Ammoniakkompressors. Er wurde bewusstlos gefunden und hatte einen komplizirten Bruch des linken Oberschenkels, sowie eine Verätzung beider Augen erlitten. Von den ausströmenden Ammoniakgasen war ihm das Innere des Mundes und das Gesicht nicht unerheblich verbrannt. Das rechte Auge erblindete bis auf die Unterscheidung von hell und dunkel, das linke behielt eine Hornhauttrübung in der Mitte und wurde schwachsichtig. Seitdem war er ganz invalide und klagte über Kopfschmerzen und Müdigkeit. Der Bruch des linken Oberschenkels heilte mit Verkürzung. Die betreffende Berufsgenossenschaft gewährte dem Verletzten zunächst die ganze Invaliditätsrente und musste ihm dieselbe auch nach Entscheidung des Reichsversicherungsamtes bis zu seinem Lebensende belassen, nachdem zuerst eine Herabsetzung der Rente auf 75 Prozent erfolgt und die Berufung vom Schiedsgericht abgewiesen war.

Das im Jahre 1893 von dem verstorbenen Physicus Sanitätsrath Dr. Littauer abgegebene Gutachten, welches sich für seine völlige Invalidität ausspricht, hebt hervor, dass er an Kurzathmigkeit leide.

„Die Untersuchung der Brustweite ergab keine besondere Abweichung von der Norm, die Leberdämpfung beginnt in der Brustwarzenlinie etwas tiefer als im normalen Zustand und auch die Herzdämpfung ist weniger ausgedehnt und weniger intensiv als im normalen Zustande. Das Athmungsgeräusch und die Herztöne sind normal; die Arterien fühlen sich etwas starr an. Es fiel das kurze, mühevolle, von einem Geräusch begleitete Athmen auf. Ueber die Entstehung der Athemnot sagte der Gutachter, dass die Einathmung von Ammoniakdämpfen die Veranlassung zu den Athembeschwerden gewesen sein kann. Er hält es aber nicht für unmöglich, dass dieselben bereits vor dem Betriebsunfall bestanden, oder dass sie sich nach dem Unfall, aber unabhängig von diesem entwickelt haben. Die anatomische Grundlage für die Athembeschwerden sind eine

leichte Aufblähung der Lungen und gewisse Altersveränderungen des Herzens und der Gefässe (atheromatöse Beschaffenheit). Die Einathmung von Ammoniakdämpfen kann sehr wohl ein Gelegenheitsmoment für die vor- bezw. frühzeitige Entwickelung von Altersveränderungen darstellen. Wenn der p. R. nur dieses Leiden gehabt hätte, würde er höchst wahrscheinlich noch viele Jahre das Amt eines Maschinenmeisters haben bekleiden können. Es liegt durchaus kein Grund vor, dass das die Athembeschwerden erzeugende Leiden sich erst in der Zeit nach dem Betriebsunfall unabhängig von diesem entwickelte. Bis zu dem Betriebsunfalle aber hat der p. R. seine Aufgaben und Pflichten ganz und voll erfüllt, wie aus den so sehr lobenden und die Leistungen und den Charakter des R. anerkennenden Zeugnisse hervorgeht."

Nach dem späteren Gutachten des Herrn Dr. Hermes hatte er schon seit dem Jahre 1891 oft über Kopfschmerzen geklagt, so dass seine Frau ihm des Oefteren nasse Umschläge auf den Kopf legte. Im März 1893 erlitt der Verstorbene einen Schlaganfall. Eine Lähmung kam nicht zu Stande; nach etwa zwei Tagen war der Zustand wieder derselbe wie vorher. Von dieser Zeit an will Frau R. ausser einer Sprachveränderung Aenderungen im Wesen und Charakter, leichte Vergesslichkeit an ihm beobachtet haben. Das Gedächtniss wurde allmählich schwächer, merklich seit Ende 1897. Er wurde leicht aufbrausend und erregt. Im April 1899 konstatirte Dr. H. harte und starre Gefässwände der Handarterien, unregelmässigen und ungleich hohen Pulsschlag, Schwellung der Beine und der linken Hand. Der Patient weinte oft unmotivirt, wurde häufig sehr erregt und schimpfte auf seine Umgebung. Die Verstandesthätigkeit war auf ein Minimum reduzirt; er beschäftigte sich fast ausschliesslich mit seinem Stuhlgang. Die Gedächtnisschwäche war eine hochgradige. Dr. H. fand also starke Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz, ethischen Defekt und starke Reizbarkeit. Nach Angabe der Frau R. schlief der Patient seit Anfang April schlecht, zog sich des Nachts an und ging umher. Er redete seit dieser Zeit irre. Die Polizei solle das Haus umstellen, weil eine Räuberbande darinnen sei, man solle ihm ein Messer geben, damit er sich den Hals abschneiden könne. Das ganze Zimmer wäre voller Spiritisten. Am 20. Mai 1899 erfolgte seine Aufnahme in unsere Irrenanstalt.

Der etwas fettleibige Mann hatte Herzschwäche, sehr unregelmässigen, kleinen und beschleunigten Puls, dyspnöische Athmung, Cyanose der Wangen und Lippen, starke Oedeme der Extremitäten, geschlängelte und verhärtete Gefässe. Es bestand Emphysem und Bronchitis. (Abgeschwächtes Athmen mit Rasseln und Pfeifen.) Links ist ein Inguinalbruch vorhanden. Der linke Oberschenkel weist einen Callus auf. Das linke Bein ist verkürzt, der Gang sehr schleppend. Die Nasolabialfalten sind different. Das rechte Auge ist erblindet, das linke schwachsichtig mit Cornealfleck. Urin ohne Albumen und Sacharum. Der Kranke war unfähig den Inhalt der gestellten Fragen aufzufassen und zeigte vorgeschrittene Demenz. Er war örtlich und zeitlich gar nicht orientirt, erschien äusserst vergesslich, weinte leicht und glaubte sich verfolgt. Nachts war er unruhig, sprach anhaltend verworren und war bettflüchtig. Er hatte Gesichtstäuschungen, sah z. B. Steine auf dem Fussboden und forderte den Pfleger auf, sie fortzuschaffen. Am 29. Mai 1899 erkrankte er an Diarrhoeen. Dieselben nahmen trotz strenger Diät, Schleimsuppen, Heidelbeerwein, Verordnung von Sol. Argent. nitric., Opium, Stärkeklystiren, Wismuth, Tanninklystiren zu. Heftiger Tenesmus trat auf. Es war keine Blutbeimengung zu bemerken. Unter leichter Temperatursteigerung verschlechterte sich das Allgemeinbefinden von Tag zu Tag. Am 7. Juni 1899 trat der Exitus letalis an Herzschwäche ein. Die Sektion des Darmes (die übrige wurde aus äusseren Gründen leider nicht ausgeführt) ergab einen diphterischen Prozess namentlich im Dickdarm. Die ganze Schleimhaut war stark injizirt, trocken, stellenweise grau belegt. Die Belege waren nicht ohne Substanzverlust abziehbar. Vielfach war die Darmschleimhaut defekt. Zahlreiche kleinere Blutungen fanden sich vor (Dysenterie).

Die Witwe erhob nun einen Anspruch auf Witwenrente mit Bezug auf ein Gutachten von Dr. H. zu Charlottenburg vom 18. Oktober 1899, in welchem ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Unfall bescheinigt wird. Herr Dr. H. bejaht die Frage, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem erlittenen Unfall und dem frühen Greisenalter in körperlicher und geistiger Schwäche besteht.

Er führte zur Begründung die Bemerkung des San.-Rath Dr. L. an, dass die Einathmung von Ammoniakdämpfen sehr wohl ein Gelegenheitsmoment für die vor- bezw. frühzeitige Entwicklung von Altersveränderungen darstellen kann. Dr. H. fügt hinzu: Die mit dem Unfall erlittene Nervenerschütterung, sowie die fast vollständige Erblindung hätten die frühzeitige Alterung bedingt, wie sie sich zwei Jahre nach dem Unfall als Luftmangel und Gefässverkalkung dokumentirte. Er weist auf die Kopfschmerzen nach dem Unfall hin. Die Nervenerschütterung pflege besonders in der Labilität der Gefässnerven in die Erscheinung zu treten und aus einer solchen, verbunden mit Blutfülle des Gehirns liesse sich der Schlaganfall, welcher den Altersblödsinn im Gefolge hatte, erklären. Eine Blutung hielt er bei Mangel von Körper- und Gesichtslähmung nicht für vorliegend. Bei dem bis dahin völlig rüstigen Maschinenmeister habe sich nach dem Unfall Erwerbsunfähigkeit und als indirekte Folge desselben allmählich eine greisenhafte körperliche und geistige Schwäche entwickelt, im Verlauf derer und an welcher er zu Grunde gegangen wäre. Das Gutachten schliesst: „Infolge der vorzeitigen Altersveränderungen ist der p. R. zu Grunde gegangen, demnach hat der Unfall verkürzend auf sein Leben gewirkt und der Familie früher als sonst den Ernährer genommen".

Auf Aufforderung der betr. Berufsgenossenschaft erstattete nun Herr Dr. Sch. im November 1899 ein Gutachten, in welchem er zu dem Schluss kommt, dass der Tod in keinem ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall stehe, dass derselbe vielmehr infolge von Herzschwäche erfolgte, und dass die Herzschwäche als Folge einer seit Jahren mit grosser Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall bestehenden Verkalkung der Blutgefässe aufzufassen ist. Herr Dr. Sch. hatte sich persönlich mit dem Verf. in Verbindung gesetzt und Einsicht in die Anstaltsakten erhalten. Er begründet sein Gutachten kurz folgendermassen:

Das Physikatsattest spreche von Blödsinn nach Schlaganfall. Da die über den Unfall ausgestellten Gutachten bis zum Anfang des Jahres 1893 nichts von Veränderungen des Herzens und der Lunge erwähnten, so müsse der p. R. also während dieses Zeitraums von diesen Organen ausgehende Beschwerden nicht gehabt haben. Dass er bereits 1893 an Verkalkung der Blutgefässe gelitten habe, gehe aus dem Gutachten des verstorbenen Kreisphysikus Dr. L. hervor. Es wird weiter betont, dass der Unfall im 55. Lebensjahre auftrat, zu einer Zeit, in der die Verkalkung der Blutgefässe für gewöhnlich ihren Anfang nehme. Diese Gefässerkrankung hätte die Athembeschwerden bedingt, nicht aber die Einathmung von Ammoniakdämpfen, welche nachtheilig nur unmittelbar nach dem Unfall hätte wirken können. Der Schlaganfall beruhte in einer Blutung aus brüchigen Gefässchen im Gehirn oder auf einer Verstopfung eines solchen Gefässchens mit einem Blutpfröpfchen. Schliesslich wird noch der reichliche Alkoholgenuss des p. R. als ein das frühzeitige Erscheinen der Arteriosclerose begünstigendes Moment angeführt.

Nunmehr wurde Ende November 1899 von seiten der betreffenden Berufsgenossenschaft die Anstaltsdirektion aufgefordert sich ebenfalls gutachtlich hinsichtlich des unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhangs der Todesursache mit dem Unfall zu äussern.

Das Attest lautete nach der Einleitung: „Es ist die Frage zu beantworten, ob und aus welchen Gründen der am 7. Juni 1899 erfolgte Tod des p. R. mit dessen am 6. Juli 1891 erfolgten Betriebsunfall in ursächlichem Zusammenhang stehend zu erachten ist. Eventuell sollte näher erörtert werden, inwieweit die ursächliche Mitwirkung des Unfalls an dem totbringenden Leiden als eine erhebliche zu bezeichnen ist;

ferner ob als erwiesen zu erachten ist, dass, wenn der Unfall eine wesentlich mitwirkende Ursache für die tötlich verlaufene Krankheit gewesen, das Leben des R. durch den Unfall und dessen Folgen erheblich verkürzt worden ist, oder ob und welche Gründe dafür sprechen, dass es der Verletzte auch ohne den Unfall zu einem höheren Lebensalter nicht gebracht haben würde.

Der p. R. wurde am 20. Mai 1899 in die diesseitige Irrenanstalt als Patient aufgenommen. Er litt an Altersblödsinn, welcher sich in Gedächtnissschwäche, Verwirrtheit und Aufregungszuständen äusserte. Der Kranke bot einen unregelmässigen, kleinen und beschleunigten Puls, geschlängelte Gefässe, bläuliche Wangen, geschwollene Füsse und starke Kurzathmigkeit dar. Es bestand demnach Herzschwäche bei Veränderung im Gefässsystem und Lungenerweiterung. Der Patient war hinfällig und erlag am 7. Juni d. v. J. einem hinzugetretenen Darmkatharrh, welcher sich bei der Sektion als Darmruhr herausstellte. Als Todesursache wurde Herzschwäche bei Diarrhoe und Altersblödsinn angesehen. Auch ohne die Darmruhr waren die Tage des p. R. bei der schon z. Z. seiner Aufnahme festgestellten Herzschwäche gezählt. Diese Herzschwäche hängt mit der Gefässveränderung ursächlich zusammen. Es fragt sich also, ob diese Gefässveränderung, welche auch die Ursache des Altersblödsinns durch die dadurch hervorgerufene Ernährungsstörung des Gehirns bildet, als mit dem Unfall in Zusammenhang stehend zu erachten ist.

Es ist keineswegs durchaus wahrscheinlich, dass der p. R. schon vor dem Unfall an Gefässverkalkung gelitten hat, obwohl dieselbe in dem Alter, in dem er damals stand, öfter beobachtet wird; jedenfalls war er bis zu dem Unfall nach den Zeugnissen seiner Vorgesetzten durchaus leistungsfähig und es wurden auch keine Beschwerden bemerkt, welche auf Gefässveränderung hindeuteten. Dass R. als Brauer, wie es Brauer gewöhnlich thun, viel getrunken hat, wird als den Eintritt der Gefässveränderung beschleunigendes Moment angeführt. Indessen ist der Einfluss des Alkohols auf den Zeitpunkt einer eventuellen Gefässerkrankung ein individuell ganz verschiedener. Aber selbst zugegeben, dass bereits vor dem Unfall Gefässveränderungen bestanden haben, ohne allerdings irgendwie erhebliche Krankheitserscheinungen gemacht zu haben, ist es nicht zu leugnen, dass der Unfall eine wesentliche Verschlimmerung der Gefässerkrankung durch die plötzlich hinzugetretenen starken mechanischen und chemischen Schädigungen mit grösster Wahrscheinlichkeit mit sich gebracht hat. Insbesondere ist die mit der Explosion des Kompressors verbunden gewesene mechanische Erschütterung eine grosse gewesen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der Cylinderdeckel des Kompressors nebst der darin befindlichen Rohrleitung abgesprengt und gegen den linken Oberschenkel des p. R. geschleudert wurde. Die Erschütterung des Gehirns führt erfahrungsgemäss durch Schädigung der Gefässe zu kleinen Blutungen und Erweichungen, welche sich durchaus nicht immer in körperlichen Lähmungen zu äussern brauchen. Der p. R. lag bewusstlos inmitten der ausgeströmten Gase, welche das ganze Zimmer erfüllten, am Boden. Dass die Einathmung dieser Ammoniakgase, welche seine Augen derartig verätzten, dass das rechte erblindete und das linke schwachsichtig wurde, bei der dichten Berührung mit den Lungengefässen auf die Körpergefässe und auch auf die Gehirngefässe einen chemisch schädigenden Einfluss ausgeübt haben kann, ist mehr als wahrscheinlich. R. wurde nach dem Unfall völlig invalide. Die Schädigung des Gehirns nach dem Unfall äusserte sich auch in häufigen Kopfschmerzen und Ermüdungserscheinungen. Die gesteigerte Neigung der Gehirngefässe zur Erkrankung führte 1893 in einem noch verhältnissmässig frühen Alter zum Schlaganfall, der wieder die allmähliche Verblödung im Gefolge hatte. Was die Lungenerkrankung angeht, so stehen wir auf dem Standpunkt, dass die Athembeschwerden wahrscheinlich in Folge des Unfalles durch die Einathmung der Ammoniakdämpfe und deren schädigende Wirkung auf das Gefässsystem verschlimmert sind, wenn sie bereits vor dem Unfall bestanden haben sollten; denn dass das Einathmen von Ammoniakdämpfen für die Lunge nicht gleichgiltig sein kann, ist wohl ohne Weiteres klar; die Verätzung des Mundinneren beweist das Eindringen des Ammoniaks in die Mundhöhle. Wir glauben sogar, dass die schädliche Einwirkung der Ammoniakdämpfe bei bereits erkrankten Luftwegen eine um so grössere gewesen sein wird. Wenn nun der chemisch schädigende Einfluss dieser Dämpfe die Gefässe in Mitleidenschaft zieht und die Verkalkung der Blutgefässe die Athembeschwerden bedingen, so ist auch nicht nothwendig, dass die nachteilige Wirkung in den Lungen unmittelbar nach dem Unfall in die Erscheinung tritt, können doch „Jahre vergehen, bis die ersten Störungen (von Seiten der Gefässverkalkung) sich in den Körperfunktionen bemerkbar machen; allmählich findet dann ein kompensatorisches Hinausrücken der Lungen nach auswärts statt.“ Eine Sektion ist abgesehen von Eröffnung des Darmes nicht vorgenommen worden, aber zur Beurtheilung der vorliegenden Frage nicht von zu grossem Belang, stimmen doch alle Begutachter darin überein, dass Herzschwäche vorlag, und dass Veränderungen des Gefässsystems der Krankheit zu Grunde lagen.

Nach alledem ist man nicht berechtigt, bei dem vor dem Unfall gesunden, nach demselben völlig invalide gewordenen p. R. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Tode und dem Unfall auszuschliessen, vielmehr sprechen die angeführten Gründe dafür, dass der Unfall durch mechanisch erschütternde und chemisch schädigende Wirkung zu der Entwickelung der krankhaften Gefässveränderung wesentlich beigetragen hat, die wieder zu Altersblödsinn, Herzschwäche und Tod geführt hat. Dass er zufällig schliesslich an Darmruhr erlag, spielt keine Rolle, da er auch ohne diese sehr bald an Herzschwäche gestorben wäre. Es liegt kein Grund vor, anzunehmen, dass R. es ohne den Unfall zu einem höheren Lebensalter nicht gebracht hätte, da selbst, wenn ein leichter Grad von Lungenblähung vor dem Unfall vorausgesetzt wird, sein Leben lange hätte währen können. Dahingegen hat die durch den Unfall bedingte Invalidität mit ihren Folgen die gesammte Widerstandsfähigkeit des Organismus stark herabgesetzt, vorzeitiges Alter hervorgerufen und den Eintritt seines Ablebens sehr wahrscheinlich beschleunigt.“

Unabhängig von dem Trauma betrachtet könnten die psychischen Erscheinungen in unserem Falle wohl als Blödsinn nach Schlaganfall aufgefasst werden. Hält man sich indessen den gesammten Verlauf der Erkrankung vor Augen so bietet schon die Art der psychischen Erkrankung verschiedene Züge, welche sich mit einem traumatischen Charakter gut vereinen lassen. (Kopfschmerzen, Kongestionen nach dem Kopf, späterer apoplektischer Anfall, Veränderung des Charakters und Wesens, die Reizbarkeit, das Auftreten ethischer Defekte und die Abnahme der geistigen Fähigkeiten in Form fortschreitender Verblödung und zugleich mit zeitweiligen Anfällen zornmüthiger Erregtheit.[1])

Es kann als ziemlich sicher angesehen werden, dass schwere psychische Depressionen, andauernde Gemüthsbewegung der Entwickelung der Arteriosclerose Vorschub zu leisten

[1]) Schlockow, Der preussische Physikus. Berlin 1895 S. 263.

vermögen.[2]) Huchard[3]) macht auf die durch Gemüthsbewegungen hervorgerufenen lebhaften vasomotorischen Erregungen aufmerksam, wodurch Drucksteigerungen im arteriellen System bewirkt werden. In dieser Beziehung weise ich, abgesehen von dem Shok, der durch das Trauma gesetzt wurde, auf die andauernden Gemüthserregungen hin, welche naturgemäss durch die gänzlich veränderte Lebenslage geschaffen wurden, durch das Bewusstsein des Siechthums und die lang andauernden Sorgen und Kämpfe um die Erwerbung und Erhaltung der Höhe der Rente. Mechanische schädigende Momente und chemische Reize, wie sie hier vorliegen, kommen bekanntlich für die Entwickelung der Arteriosclerose hauptsächlich in Betracht.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass bei Einspritzung von Ammoniak an Thieren eine erhebliche Steigerung des Blutdrucks beobachtet worden ist[4]), was ja auch im Hinblick auf die Entstehung der Arteriosclerose nicht ohne Bedeutung wäre. Die Ammoniakeinathmung bewirkt in tödlichen Fällen schwere Erscheinungen in den Luftwegen und Lungen, Schwellung und Entzündung der Schleimhäute bis in die feinsten Verzweigungen hinab. Wenn eingewandt wird, dass in unserem Falle nach dem Unfall eine Erkrankung der Luftwege nicht beobachtet wurde, so mag dies wohl darin seinen Grund haben, dass dieselbe hinter den komplizirten Bruch und die Verletzung der Augen zurücktrat.

In unserm Falle hat sich zweifellos eine organische Veränderung der Herzmuskulatur und eine allgemeine Arteriosclerose allmählich nach einem erheblichen Trauma entwickelt. Für die organische Natur der Herzveränderung sind die Beschaffenheit des Pulses und die schweren Cirkulationsstörungen charakteristisch. Der vorliegende Fall, in dem man zur Annahme der Entwickelung einer organischen Erkrankung des Gefässsystems nach einem Trauma gedrängt wird, steht nicht vereinzelt da. Stern äussert in seinem Buch über traumatische Entstehung innerer Krankheiten:[5]) Gerade infolge von Unfällen sieht man nicht selten, wie bereits Oppenheim[6]) hervorgehoben hat, und ich auf Grund eigener Erfahrung bestätigen kann, eine abnorm frühzeitige und abnorm rasche Entwickelung von Arteriosclerose." Becker[7]) beschreibt einen Fall von Stoss gegen das Herz mit anschliessendem Herzfehler, wobei der Patient als zur Hälfte erwerbsfähig[8]) erklärt wurde. Stern führt mehrere Fälle von chronischer Herzmuskelerkrankung an, die sich höchstwahrscheinlich infolge einer Brustkontusion entwickelt hatten, und weist ausdrücklich darauf hin, dass in einzelnen Fällen, in denen ursprünglich lediglich eine nervöse Herzaffektion angenommen wurde, später sich die Zeichen einer organischen Herzkrankheit herausbildeten. Dreyfuss,[9]) Bernstein[10]) u. a. haben inzwischen die Literatur über organische Herzkrankheiten nach Unfällen noch weiter vermehrt. Oppenheim[11]) konnte in einer Reihe von Fällen durch lange fortgesetzte Beobachtung die Entstehung von Arteriosclerose und organischer Herzveränderung verfolgen. Einen seiner Fälle hebe ich hervor, in dem ebenfalls eine Apoplexie später hinzukam. Ein 43jähriger Lokomotivführer, welcher 1882 einen Eisenbahnunfall erlitten hatte und infolge davon in einen Zustand hoher Aufregung gerathen war, zeigte konstant beschleunigte Pulsfrequenz. Eine Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel, sowie ein an den peripheren Arterien nachweisbarer, mässiger Grad von Arteriosclerose bildete sich allmählich aus. Das Leiden verschlimmerte sich unter dem Einfluss langwieriger Prozessverhandlungen zusehends. Unter zunehmender Erweiterung und Debilität des Herzens trat 1892 der Tod ein, nachdem sich alle Störungen gesteigert hatten und etwa dreiviertel Jahre vor dem Tode eine Hemiplegie hinzugekommen war. Oppenheim und Stern weisen bereits darauf hin, dass die fortwährende psychische Erregung, in der sich diese Kranken befanden, höchstwahrscheinlich auch die Entwickelung der später beobachteten Arteriosclerose begünstigt bezw. beschleunigt haben.

Das Zustandekommen von Arteriosklerose der Gehirnarterien nach Verletzungen insbesondere erklären sich Freund und Sachs[12]) durch die bekannten vasomotorischen Störungen, welche nach Verletzungen aufzutreten pflegen. Durch die wechselnde Innervation der Wandung der Gehirnarterien, d. h. durch die Erschlaffung derselben und den dadurch bedingten verstärkten Blutzufluss zum Gehirn (Kongestionen) wie durch die pathologische Zusammenziehung der Gehirnarterien kommen die Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen zustande. Oft sich wiederholende Fluxionen führen aber durch häufige starke Inanspruchnahme der Gefässe zur Abnahme ihrer Widerstandsfähigkeit, welche wiederum die Verhärtung und Verkalkung der Arterienwände mit sich bringt. „Die Arteriensklerose wiederum begünstigt das Auftreten der Kongestionen, so dass auf diese Weise ein Circulus vitiosus geschaffen wird." Das durch Alkohol geschwächte Gehirn reagirt nun gerade auf Verletzungen in intensiverer Weise und gerade durch Hyperämien, so dass dadurch der Circulus vitiosus und damit also das Zustandekommen der Arteriosklerose noch gefördert wird. Die Entstehung eines späteren Schlaganfalles nach Traumen würde sich nach dem Ausgeführten ohne Schwierigkeit vermittelst der durch dieselben hervorgerufenen oder geförderten Arteriosklerose der Gehirngefässe erklären lassen. Es kann aber auf noch direkterem Wege ein Trauma den Grund für einen Schlaganfall legen.

Die Annahme, dass bei einem schweren Fall kleine Zerreissungen der Gehirnsubstanz und der Wände von Gehirnarterien stattfinden, ist eine verbreitete. Sei es, dass diese Zerreissungen der Gefässwände miliare Aneurysmen erzeugen,[1]) welche später die Veranlassung zu Blutungen werden, sei es, dass die umschriebenen Erweichungsherdchen an und für sich das Zustandekommen späterer Blutungen durch Verminderung der Widerstandsfähigkeit an der erweichten Stelle fördern;[2]) jedenfalls ist eine krankhafte Veränderung und verminderte Widerstandsfähigkeit von Gehirngefässen als Folge von traumatischen Einwirkungen anzusehen. Der Zeitraum zwischen dem Trauma und dem Eintritt der Spätapoplexie kann ein sehr verschiedener sein. (Bollinger[3]), Böhm[4]), Stein[5]), Schlos-

[2]) Eulenburg, Realencyclopedie, Bd. II, S. 274. 1894. A. Fränkel.

[3]) Huchard, Maladies du cœur. Paris 1893 S. 130 ff.

[4]) Eulenburg, Realencyclopädie. Bd. I. S. 495. Geppert.

[5]) Stern, Ueber die Entstehung innerer Krankheiten. Jena 1896.

[6]) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. 2. Aufl. Berlin 1892.

[7]) Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit. Berlin 1895. S. 186.

[8]) L. c. S. 21 u. 57.

[9]) J. Dreyfuss, Ruptures valvulaires consécutives au traumatisme et à l'effort. Thèse. Paris 1896.

[10]) Bernstein, Ueber die durch Kontusionen und Erschütterungen entstehenden Krankheiten des Herzens. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 29, Heft 5 u. 6.

[11]) L. c.

[12]) Sachs und Freund: Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Berlin 1899. S. 248 u. 389.

[1]) Monakow, Gehirnpathologie, S. 719, und die Unfallversicherungspraxis No. 1. 1899. S. 8.

[2]) Michel, Ein Beitrag zur Frage von der sogenannten traumatischen Spätapoplexie, Wiener klin. Wochenschr. 1896. S. 789.

[3]) Bollinger, Ueber traumatische Spätapoplexie, Internation. Beiträge zur wissenschaftlichen Medizin. 1891. Bd. II, S. 459.

ser[6]), Michel[5]) u. A.) In einem Fall von Wernicke[7]) kam die Hirnblutung $^3/_4$ Jahr nach dem Trauma zu Stande. Obwohl in unserem Fall mehr als $1^1/_2$ Jahr nach dem Unfall verflossen sind, ist es wahrscheinlich, dass derselbe auch hier den Boden für den späteren Schlaganfall geebnet hat, entweder in Folge von traumatischen Aneurysmen, oder indem es im Anschluss an das Trauma zu Erweichungsherden und in diesen durch Gefässalteration und veränderte Druckverhältnisse zur Blutung gekommen sein kann (Bollinger, Michel). Wenn also auch ohne das Bestehen von Gefässverkalkung das spätere Auftreten der Apoplexie durch den Unfall allein sehr wohl möglich erscheint, so kann eine solche noch leichter zu Stande kommen, wenn eine atheromatöse Entartung der Gehirngefässe als prädisponirendes Moment schon vor dem Unfall bestanden hat. „Bei derartiger Beschaffenheit des Gehirnsystems“, schreibt Michel, „dürfte schon eine verhältnissmässig geringe traumatische Einwirkung genügen, um traumatische Erweichungsherde zu setzen, aus denen dann bei einem geringen Anlass Spätapoplexien sich um so leichter entwickeln können.“

Ob die Arteriosclerose in unserem Falle vor dem Unfall bereits bestanden hat oder nicht, kann ich nicht entscheiden, sie kann ja lange Zeit, ohne Erscheinungen zu machen, bestehen, und andererseits kann auch mit Recht der reichliche Biergenuss und die angestrengte Muskelarbeit des Maschinenmeisters als prädisponirendes Moment zur Entstehung der Arteriosclerose angesehen werden. Die angeführten Gründe sprechen jedenfalls dafür, dass — selbst bei Voraussetzung der Arteriosclerose — durch den schweren Unfall wahrscheinlich eine Verschlimmerung der Gefässerkrankung bewirkt wurde.

Wie ich erfahre, wurden die Ansprüche der Wittwe von Seiten der Berufsgenossenschaft anerkannt und es ist ihr eine Rente zugebilligt worden.

Ueber das Recht der Schuldverhältnisse zwischen Aerzten nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche.

Von

Dr. Karl Gumpertz-Berlin,
Nervenarzt.

(Schluss.)

§ 627. Hat der zur Dienstleistung Verpflichtete, ohne in einem dauernden Dienstverhältnisse mit festen Bezügen zu stehen, Dienste höherer Art zu leisten, die auf Grund besonderen Vertrauens übertragen zu werden pflegen, so ist die Kündigung auch ohne die im § 626 bezeichnete Voraussetzung zulässig.

Der Verpflichtete darf nur in der Art kündigen, dass sich der Dienstberechtigte die Dienste anderweitig beschaffen kann, es sei denn, dass ein wichtiger Grund für die unzeitige Kündigung vorliegt. Kündigt er ohne solchen Grund zur Unzeit, so hat er dem Dienstberechtigten den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

Beispiel: Arzt A. ist erkrankt und lässt sich durch B. vertreten, welcher nach Leistung bezahlt wird. Arzt A. verliert das Vertrauen zu B. (A. braucht keine Gründe zu nennen.) A. kann plötzlich das Verhältniss lösen. — Tritt B. plötzlich vom Vertrage zurück, so wird A. der sofortige Ersatz oft unmöglich sein; B. ist also verpflichtet, zu bleiben oder haftet für den Schaden im Sinne des Erfüllungsinteresses.

Unklar ist nur, wie lange vorher B. überhaupt kündigen darf; nach § 623 scheint es, als ob ihm höchstens eine zweiwöchige Kündigungsfrist zugemuthet werden könne.

§ 628. Wird nach dem Beginne der Dienstleistung das Dienstverhältniss auf Grund des § 626 oder 627 gekündigt, so kann der Verpflichtete einen seinen bisherigen Leistungen entsprechenden Theil der Vergütung verlangen. Kündigt er, ohne durch vertragswidriges Verhalten des anderen Teiles dazu veranlasst zu sein oder veranlasst er durch sein vertragswidriges Verhalten die Kündigung des anderen Theiles, so steht ihm ein Anspruch auf die Vergütung insoweit nicht zu, als seine bisherigen Leistungen in Folge der Kündigung für den anderen Theil kein Interesse haben.

Wird die Kündigung durch vertragswidriges Verhalten des anderen Theiles veranlasst, so ist dieser zum Ersatze des durch die Aufhebung des Dienstverhältnisses entstehenden Schadens verpflichtet.

Der Paragraph will wohl sagen, dass diejenige Partei, welche grundlos kündigt oder durch ihr vertragswidriges Verhalten die Kündigung des anderen Theiles veranlasst, dem anderen Theile Schadensersatz zu leisten hat.

Auf den durch geleistete Arbeit verdienten Lohn hat der Rücktritt keinen Einfluss. Nur braucht dem Dienstpflichtigen Stückwerk nicht bezahlt zu werden. Ist B. Assistent von A. und kündigt plötzlich am 10. des Monats, so muss A. sich einen neuen Assistenten suchen, dem er den vollen Monat zu bezahlen hat; kann A. dies nachweisen, so verliert B. den Anspruch auf die zehn Tage Assistentengehalt.

Handelt B. vertragswidrig (bleibt z. B. aus dem Dienste weg) und giebt dadurch A. Anlass zu fristloser Kündigung, so verliert er gleichfalls den Anspruch auf Gehalt für die Zeit in welcher A. nachweislich eine Ersatzkraft engagiren musste Auch hier kann B. für die durch Gewinnung einer Ersatzkraft erforderten Mehrkosten haftbar gemacht werden (bei nicht fixirtem Gehalt schon nach § 627). Das hier erforderte vertragswidrige Verhalten muss ein subjektives sein (Planck, Oertmann); eine justa causa aus § 626 (z. B. Verheirathung, Aenderung der Verhältnisse, Krankheit etc.) genügt zu solchen Ansprüchen nicht. Auch ein ohne Absicht den Interessen des Dienstberechtigten widersprechendes Verhalten des Dienstverpflichteten ist nicht als vertragswidrig aufzufassen. Ausserdienstliches Verhalten beider Theile dürfte wohl nur in den allerseltensten Fällen als vertragswidrig anzusehen sein, höchstens dann, wenn eine objektive Verschuldung vorliegt (etwa Bruch des Amtsgeheimnisses) oder wenn grobe Achtungsverletzung aus authentischen Reden oder Handlungen der einen Partei hervorgeht. Die blosse Meinung einer Partei, dass die andere gegen ihr Interesse handle, ist kein Rücktrittsgrund.

Der Dienstberechtigte ist kontraktbrüchig, wenn er den ausbedungenen Lohn nicht entrichtet oder Versprechungen, die er darüber hinaus — in verbindlicher Weise — gegeben, nicht einhält.

Er handelt aber auch vertragswidrig, wenn er den Assistenten nicht in der vereinbarten Weise beschäftigt oder ihm den wissenschaftlichen Erfolg seiner Thätigkeit vereitelt. Der wissenschaftliche Erfolg ist eben häufig eine Komponente des ausbedungenen Entgeltes für die Dienstleistung, z. B. würde Prof. X., der dem Assistenten Y. nie erlaubt, unter eigenem Namen die Resultate seiner Thätigkeit zu veröffentlichen, diesem Ursache zur Entschädigungsklage geben; allerdings muss Y. den Nachweis führen, dass die Verweigerung der Publikationserlaubniss sachlich nicht begründet war.

Kündigt der Chefarzt A. ohne Grund oder veranlasst er in der erklärten Weise den Rücktritt des Assistenten B., so haftet A. dem B. auf Schadensersatz im Sinne des vollen Erfüllungsinteresses, d. h. A. muss dem B. das ausbedungene Gehalt für die rückständige Zeit weiterzahlen bis zu dem Termine, an welchem das Verhältniss durch korrekte Kündigung hätte aufgelöst werden können.

Beispiel. A. und sein Assistent B. verkehren gesellschaftlich miteinander. Am 28. März kritisirt B. das Verhalten des

---

[4]) Böhm, Inaugural-Dissert. München 1889.

[5]) Stein, Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. VII.

[6]) Schlosser, Ein Fall von traumatischer Apoplexie ohne nachweisbare Schädelverletzung. Wiener klin. Wochenschr. 1898. S. 387.

[7]) Wernicke, Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. VII.

A. in einer ausserdienstlichen Angelegenheit. A. geräth in Erregung und sagt: „Herr Kollege, wir wollen lieber unsere Beziehungen lösen."

Zweifelsohne bot das Verhalten des B. dem A. keinen ausreichenden Kündigungsgrund. Das B. G. B. vertritt nicht den Standpunkt, dass ein für gewisse Dienstleistungen Bezahlter den Zahlenden als Brodherrn oder Lehrer zu ehren habe. Von einem Assistenzarzt wird zu verlangen sein, dass er sich in der Ausführung der zum Dienste gehörenden Handlungen dem Chefarzte unterordnet, selbst wenn er an wissenschaftlicher Qualifikation demselben gleichsteht, ob aber B. dem A. in Radfahren oder Skatspielen überlegen ist, hat mit dem Dienstverhältnisse nichts zu thun.

Nach § 622 durfte A. — wenn er wegen der Meinungsverschiedenheit das Verhältniss lösen wollte — nur zum 1. Juli kündigen und hat das Gehalt bis dahin weiterzuzahlen. Anders ist es, wenn A. zwar das Verhältniss mit B. plötzlich löst, diesem aber sofort eine gesellschaftlich und pekuniär mindestens gleichwerthige Stellung verschafft.

§ 324 Abs. 1. Wird die aus einem gegenseitigen Vertrage dem einen Theil obliegende Leistung in Folge eines Umstandes, den der andere Theil zu vertreten hat, unmöglich, so behält er den Anspruch auf die Gegenleistung. Er muss sich jedoch dasjenige anrechnen lassen, was er in Folge der Befreiung von der Leistung erspart oder durch anderweitige Verwendung seiner Arbeitskraft erwirbt oder zu erwerben böswillig unterlässt.

A. darf demnach von dem Gehalte für die drei Monate das abziehen, was B. an Fahrgeldern oder sonstigem Aufwande hätte ausgeben müssen. Hat B. lediglich der Assistenz wegen sich ein Zimmer miethen oder Telephon anschaffen müssen, so sind ihm diese Unkosten so weit zu vergüten, als er sie — in Folge entsprechender Kontrakte — nach Beendigung der Assistententhätigkeit weiter zu tragen hat.

Wenn B. in der Tageszeit, die sonst der Assistenz bestimmt war, zufällig etwas erwirbt (durch ärztliche Besuche oder schriftstellerische Thätigkeit), so kann A. diesen Erwerb vom Gehalte nicht abziehen, er müsste denn den Nachweis führen, dass dem B. ohne Befreiung von jener Leistung dieser Erwerb überhaupt entgangen wäre.

§ 629. Nach der Kündigung eines dauernden Dienstverhältnisses hat der Dienstberechtigte dem Verpflichteten auf Verlangen angemessene Zeit zum Aufsuchen eines anderen Dienstverhältnisses zu gewähren.

Hieraus dürfte sich der Anspruch der Assistenzärzte auf Reiseerlaubniss zwecks Erlangung einer neuen Stellung begründen. Wer gekündigt hat, ist gleichgiltig (Oertmann S. 348).

§ 630. Bei der Beendigung eines dauernden Dienstverhältnisses kann der Verpflichtete von dem anderen Theile ein schriftliches Zeugniss über das Dienstverhältniss und dessen Dauer fordern. Das Zeugniss ist auf Verlangen auf die Leistungen und die Führung im Dienste zu erstrecken.

Ohne Verlangen des Pflichtigen darf der Berechtigte sich in dem Zeugnisse nicht über das in Satz 2 Angegebene auslassen!

II.

Einzelne ärztliche Verrichtungen können anstatt unter den Dienstvertrag (locatio conductio operarum) auch unter den Werkvertrag (locatio conductio operis) fallen. So wird bei dem ärztlichen Gutachten das Arbeitsprodukt, nicht die darauf verwendete Arbeit vergütet.

§ 631. Durch den Werkvertrag wird der Unternehmer zur Herstellung des versprochenen Werkes, der Besteller zur Entrichtung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Gegenstand des Werkvertrages kann sowohl die Herstellung oder Veränderung einer Sache als ein anderer durch Arbeit oder Dienstleistung herbeizuführender Erfolg sein.

§ 632 sagt, dass eine Vergütung im Zweifel als stillschweigend vereinbart gelte.

Wird eine ärztliche Leistung als unter den Werkvertrag fallend angesehen, so kann der „Besteller", falls sie Mängel aufweist, deren Korrektur verlangen.

§ 633. Der Unternehmer ist verpflichtet, das Werk so herzustellen, dass es die zugesicherten Eigenschaften hat und nicht mit Fehlern behaftet ist, die den Werth oder die Tauglichkeit zu den gewöhnlichen oder dem nach dem Vertrage vorausgesetzten Gebrauch aufheben oder mindern.

Ist das Werk nicht von dieser Beschaffenheit, so kann der Besteller die Beseitigung des Mangels verlangen. Der Unternehmer ist berechtigt, die Beseitigung zu verweigern, wenn sie einen unverhältnissmässigen Aufwand erfordert.

Ist der Unternehmer mit der Beseitigung des Mangels im Verzuge, so kann der Besteller den Mangel selbst beseitigen und Ersatz der erforderlichen Aufwendungen verlangen.

Uebergiebt also Arzt A. seinem Vertreter B. ein Gutachten zur Herstellung, so muss B. etwaige Mängel desselben auf Aufforderung des A. beseitigen. Lässt A. durch B. eine Operation ausführen — für deren Ausführung B. eine feste Vergütung zugesichert ist — so hat B. etwa erforderliche Nachoperationen ohne besonderes Entgelt zu übernehmen. Besorgt er diese nicht rechtzeitig, so kann sie A. selbst besorgen oder durch einen Dritten besorgen lassen und dem B. den Betrag für die ihm hierdurch erwachsenden Unkosten von der vereinbarten Vergütung abziehen.

III.

Bittet Arzt A. den Kollegen B., einen Besuch für ihn zu machen, so handelt B. als Beauftragter (Mandatar) von A., vorausgesetzt, dass die Leistung des B. nicht als entgeltliche gedacht wird:

§ 662. Durch die Annahme eines Auftrages verpflichtet sich der Beauftragte ein ihm von dem Auftraggeber übertragenes Geschäft für diesen unentgeltlich zu besorgen.

Die nachträgliche Gewährung eines Honorars ist mit der Eigenart des Auftrages vereinbar, nur die Uebernahme der Verpflichtung darf nicht entgeltlich erfolgen[8]) Wird ein Honorar sonach freiwillig gewährt, so ist dasselbe nicht als Schenkung aufzufassen, höchstens als solche im Sinne des § 534:

„Schenkungen, durch die einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprochen wird, unterliegen nicht der Rückforderung und dem Widerrufe."

§ 663. Wer zur Besorgung gewisser Geschäfte öffentlich bestellt ist oder sich öffentlich erboten hat, ist, wenn er einen auf solche Geschäfte gerichteten Auftrag nicht annimmt, verpflichtet, die Ablehnung dem Auftraggeber unverzüglich anzuzeigen. Das Gleiche gilt, wenn sich Jemand dem Auftraggeber gegenüber zur Besorgung gewisser Geschäfte erboten hat.

Dieser Paragraph trifft im Verkehr mit dem Publikum den Arzt, welcher eine öffentliche Sprechstunde angezeigt hat und einen Klienten nicht annehmen will. Er hat es diesem von vornherein mitzutheilen. Ueberweist mir ein Kollege einen Patienten zur poliklinischen Behendlung, während ich ihn hierzu nicht für geeignet halte, so muss ich dem Kollegen entsprechende Mittheilung machen.

Die öffentliche Bestellung kann auch eine entgeltliche, das einzelne Geschäft muss ein unentgeltliches sein. Lehnt also der fixirte Armen- oder Kassenarzt die Behandlung eines Kranken ab, so hat er dies der anstellenden Behörde mitzutheilen; ebenso der fixirte Assistenzarzt oder Vertreter seinem Chefarzte oder Auftraggeber. (Vergl. auch § 675).

Satz 2 dürfte die Geschäfte des Volontärarztes treffen.

[8]) Oertmann, l. c. S. 393.

§ 664. Der Beauftragte darf im Zweifel die Ausführung des Auftrages nicht einem Dritten übertragen. Ist die Uebertragung gestattet, so hat er nur ein ihm bei der Uebertragung zur Last fallendes Verschulden zu vertreten.

Für das Verschulden eines Gehilfen ist er nach § 278 verantwortlich. Der Anspruch auf Ausführung des Auftrages ist im Zweifel nicht übertragbar.

Ist also Arzt B. von Arzt A. beauftragt, für A. eine ärztliche Verrichtung zu leisten, so darf er ohne Genehmigung von A. den Auftrag nicht an C. weitergeben. Ist die Weitergabe ihm gestattet, so steht er für die Leistung C.'s nur in Bezug auf dessen Auswahl ein (er vertritt die culpa in eligendo), haftet also für die Leistung, wenn C. nicht approbirt oder zu dem Auftrage ersichtlich ungeeignet war.

Dagegen trägt B., wenn er sich zu der Leistung eines Assistenten bedient, die ganze Verantwortung. Der angezogene § 278 lautet:

Der Schuldner hat ein Verschulden seines gesetzlichen Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, in gleichem Masse zu vertreten wie sein eigenes Verschulden.

§ 665. Der Beauftragte ist berechtigt, von den Weisungen des Auftraggebers abzuweichen, wenn er den Umständen nach annehmen darf, dass der Auftraggeber bei Kenntniss der Sachlage die Abweichung billigen würde. Der Beauftragte hat vor der Abweichung dem Auftraggeber Anzeige zu machen und dessen Entschliessung abzuwarten, wenn nicht mit dem Aufschube Gefahr verbunden ist.

Dieser Paragraph scheint gerade auf die Verhältnisse der Praxis zugeschnitten zu sein. Gesetzt den Fall, A. lässt sich von B. bei der Behandlung eines Falles von Perityphlitis vertreten, mit der Weisung, nicht zu operiren; es treten aber Symptome ein, welche nach B.'s Ansicht zur Operation auffordern, so hat B. dies A. zu berichten und dessen Entschliessung abzuwarten. Ist A. indessen nicht zu erreichen, so darf B. auch ohne seine Erlaubniss operiren.

Anders liegt die Sache, wenn dem Vertreter völlig freie Hand gelassen ist. A. leitet z. B. eine Anstalt für heilbare Geisteskranke und lässt sich auf fünf Wochen von B. vertreten, welcher für diese Zeit gänzlich in die Rechte und Pflichten des dirigirenden Arztes eintritt. B. wird nun einen nach seiner Ansicht unheilbar geisteskranken Patienten einer Irrenpflegeanstalt übergeben müssen, unbekümmert darum, ob A. bei demselben Kranken ebenso verfahren wäre.

Dem vertretenden Arzte wird natürlich oft sogar die Pflicht erwachsen, vom Mandat abzugehen, da er ja selbst die Verantwortung für sein ärztliches Handeln zu tragen hat.

Ob die Vertretung gegen Entgelt oder ohne solches erfolgt, ist gleichgiltig, s. u. Bemerkung zu § 675.

§ 670. Macht der Beauftragte zum Zwecke der Ausführung des Auftrages Aufwendungen, die er den Umständen nach für erforderlich halten darf, so ist der Auftraggeber zum Ersatze verpflichtet.

Es handelt sich also nicht blos um Aufwendungen, die objektiv nöthig waren. Der Vertreter konnte sehr wohl die Anschaffung eines Instrumentes, die Besorgung eines Gehilfen für nöthig halten, ohne dass es schliesslich zu der entsprechenden Operation kam.

§ 671. Der Auftrag kann von dem Auftraggeber jederzeit widerrufen, von dem Beauftragten jederzeit gekündigt werden.

Der Beauftragte darf nur in der Art kündigen, dass der Auftraggeber für die Besorgung des Geschäfts anderweit Fürsorge treffen kann, es sei denn, dass ein wichtiger Grund für die unzeitige Kündigung vorliegt. Kündigt er ohne einen solchen Grund zur Unzeit, so hat er dem Auftraggeber den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

Liegt ein wichtiger Grund vor, so ist der Beauftragte zur Kündigung auch dann berechtigt, wenn er auf das Kündigungsrecht verzichtet hat.

Nach Absatz 1 wäre also die Zulassung eines Volontärarztes jederzeit widerruflich.

Absatz 2 entspricht dem Prinzipe der §§ 626 und 627 (s. o.).

§ 678. Auf einen Dienstvertrag oder Werkvertrag finden die Vorschriften der §§ 663, 665 bis 70 . . . entsprechende Anwendung.

Wird durch diese Bestimmung einmal die Unentgeltlichkeit der Mandate eingeschränkt, so geht ferner hieraus hervor, was der Gesetzgeber bei Dienst- oder Werkverträgen als vertragswidrig im Sinne des § 628 ansieht: die Nichterfüllung der Aufträge des Dienstberechtigten bezw. Bestellers. Als vertragswidriges Verhalten des letzteren dürfte also wohl eine mit dem Inhalt des Vertrages nicht im Einklang stehende Auftragsertheilung anzusehen sein.

IV.

Die Eigenart der ärztlichen Geschäfte bringt es mit sich, dass gelegentlich ein Arzt den andern vertritt, ohne von diesem dazu beauftragt zu sein. B. wird zu einem Kranken gerufen, dessen Behandlung der zufällig abwesende A. begonnen hat. A. wird während einer Entbindung ohnmächtig und kann wegen eines Vertreters nicht um Rath gefragt werden; man holt B., welcher die ärztliche Handlung im Interesse des A. fortzuführen gewillt ist. Auf diese Verhältnisse passt der Titel: „Geschäftsführung ohne Auftrag."

§ 677. Wer ein Geschäft für einen Anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder muthmasslichen Willen es erfordert.

Der Geschäftsführer hat also einer doppelten Richtschnur zu folgen: sowohl dem Interesse des Geschäftsherrn, wie der Rücksicht auf dessen wirklichen oder muthmasslichen Willen.

Hat Arzt A. erklärt, ein Kranker müsse noch weiter besucht werden oder geht diese Ansicht des A. muthmasslich aus seinen Anordnungen hervor, so hat der freiwillige Vertreter B. noch weitere Besuche zu machen, auch wenn er selbst solche für entbehrlich hält, gleichviel, ob für A. ein pekuniäres Interesse mit der Mehrleistung verbunden ist oder nicht.

Widerstreitet der muthmassliche Wille des A. dessen eigenem Interesse, so hat B. dieses letztere zu berücksichtigen; B. darf also die von A. für nicht mehr erforderlich gehaltene Behandlung nicht einstellen, wenn durch deren Einstellung A. die betreffende Hausarztstelle offenbar verlieren würde.

§ 678. Steht die Uebernahme der Geschäftsführung mit dem wirklichen oder dem muthmasslichen Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch und musste der Geschäftsführer dies erkennen, so ist er dem Geschäftsherrn zum Ersatze des aus der Geschäftsführung entstandenen Schadens auch dann verpflichtet, wenn ihm ein sonstiges Verschulden nicht zur Last fällt.

§ 679. Ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille des Geschäftsherrn kommt nicht in Betracht, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht des Geschäftsherrn, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt . . . nicht rechtzeitig erfüllt werden würde.

Ein Fall nach § 678 wäre zwischen Aerzten etwa so denkbar: In einer kleinen Stadt erbietet sich B. einem Patienten oder einer Kasse des für eine Woche abberufenen A., die ärztlichen Geschäfte für A. zu übernehmen, obwohl er weiss, dass sich A. nie hätte von ihm vertreten lassen. Verliert nun A. die Kassen- oder Hausarztstelle nachweislich in Folge der Vertretung seitens des B., so kann A. diesen regresspflichtig machen, vorausgesetzt, dass kein eiliger Fall vorlag (§ 679).

Billigt dagegen A. den Beginn der Geschäftsführung oder konnte B. die Nichtbilligung nicht erkennen, so ist B. für Verschulden im Sinne des § 677 nicht haftbar.

Fast immer werden bei ärztlicher Geschäftsführung ohne Auftrag die Bedingungen des § 679 erfüllt sein. B. tritt für A. ein, weil die ärztlichen Funktionen desselben sonst nicht rechtzeitig hätten erfüllt werden können.[9])

§ 681, Satz 1. Der Geschäftsführer hat die Uebernahme der Geschäftsführung, sobald es thunlich ist, dem Geschäftsherrn anzuzeigen und wenn nicht mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist dessen Entschliessung abzuwarten.

Also kommt diese Pflicht auch dem ohne Noth in die Praxis eines Kollegen Eingreifenden zu.

§ 683. Entspricht die Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem muthmasslichen Willen des Geschäftsherrn, so kann der Geschäftsführer wie ein Beauftragter Ersatz seiner Aufwendungen verlangen. In den Fällen des § 679 steht dieser Anspruch dem Geschäftsführer zu, auch wenn die Uebernahme der Geschäfte mit dem Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch steht.

§ 684. Liegen die Voraussetzungen des § 683 nicht vor, so ist der Geschäftsherr verpflichtet, dem Geschäftsführer Alles, was er durch die Geschäftsführung erlangt, nach den Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung herauszugeben. Genehmigt der Geschäftsherr die Geschäftsführung, so steht dem Geschäftsführer der in § 683 bestimmte Anspruch zu.

Hat also B. ärztliche Geschäfte für A. gegen dessen Willen besorgt, so muss A. das hierfür erhaltene Honorar an B. abgeben.

Die wesentlichsten Vorschriften über die ungerechtfertigte Bereicherung lauten:

§ 812. Wer durch die Leistung eines Anderen oder in sonstiger Weise auf dessen Kosten etwas ohne rechtlichen Grund erlangt, ist ihm zur Herausgabe verpflichtet.

Diese Verpflichtung besteht auch dann, wenn der rechtliche Grund später wegfällt oder der mit einer Leistung nach dem Inhalte des Rechtsgeschäfts bezweckte Erfolg nicht eintritt.

Als Leistung gilt auch die durch Vertrag erfolgte Anerkennung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Schuldverhältnisses.

Der rechtliche Grund war eben die freiwillige Geschäftsbesorgung des B.: durch deren Nichtanerkennung fällt für A. der rechtliche Grund fort, vermöge dessen er das Honorar oder den entsprechenden Anspruch erlangt hatte.

Wird die Geschäftsführung gebilligt, so hat der Geschäftsführer nur Anspruch auf Ersatz seiner Aufwendungen, aber nicht auf Entgelt für die Geschäftsführung. Wenn Hahn (l. c.) meint, dass Zeit und Kraft des Arztes auch unter „Aufwendungen“ falle, so wird diese Ansicht schwerlich überall anerkannt werden. Im Verkehr unter Kollegen ist es wohl auch Sitte, dass eine solche Vertretung im Einzelfalle aus Gefälligkeit geleistet wird.

Stand dagegen B. zu A. in einem Verhältnisse, vermöge dessen er berechtigt war oder zu sein glaubte honorirt zu werden, so kann er nach § 612 (s. o.) eine Vergütung fordern.

Gelegentlich wird ein Arzt in der Eile herbeigerufen und geht in der Meinung, die Geschäfte seines Freundes B. zu besorgen; thatsächlich greift er in die Praxis des C. ein. Oder B. glaubt, einen neuen Fall seiner eigenen Praxis vor sich zu haben und erfährt nach längerer Zeit, dass die Wirthschafterin des abwesenden Kollegen gerade, welchen B. gelegentlich aus Gefälligkeit vertreten hatte, diesen Fall zu B. in der Absicht geschickt hatte, ihn für A. zu reserviren. B. hat hier ärztlich gehandelt, ohne die Absicht, ein Geschäft für einen Anderen zu führen, es können also auch nicht die Bestimmungen über Geschäftsführung Platz greifen. Die folgenden Paragraphen sind demnach leichtverständlich und stehen im Einklang mit der allgemeinen Rechtsanschauung:

[9]) Vgl. Hahn, Ueber ausserkontraktliche Ansprüche von Aerzten und Krankenhausverwaltungen gegen Krankenkassen. Berliner Aerzte-Korrespondenz, 1900, No. 2.

§ 686. Ist der Geschäftsführer über die Person des Geschäftsherrn im Irrthum, so wird der wirkliche Geschäftsherr aus der Geschäftsführung berechtigt und verpflichtet.

§ 687. Die Vorschriften der §§ 677 bis 686 finden keine Anwendung, wenn Jemand ein fremdes Geschäft in der Meinung besorgt, dass es sein eigenes sei.

Behandelt Jemand ein fremdes Geschäft als sein eigenes, obwohl er weiss, dass er dazu nicht berechtigt ist, so kann der Geschäftsherr die sich aus den §§ 677, 678, 681 ergebenden Ansprüche geltend machen. Macht er sie geltend, so ist er dem Geschaftsführer nach § 684 Satz 1 verpflichtet.

V.

In Deutschland noch wenig verbreitet ist die Assoziation zweier oder mehrerer Aerzte zum Zwecke des Betreibens gemeinsamer Praxis. Nur bei Zahnärzten finden wir gelegentlich solche Geschäftsverbindungen. Eine derartige Geschäftsführung würde unter den Begriff der „Gesellschaft“ fallen: „Gesellschaft ist die vertragsmässige Gemeinschaft zu auf Erreichung eines gemeinsamen Zweckes gerichteten Leistungen“ (Oertmann l. c. S. 440). Im weiteren Sinne ist auch die Vereinigung mehrerer Aerzte zur Führung einer Poliklinik eine Gesellschaft; da alle Theilhaber vereinbarte Beiträge zur Miethe und Bedienung leisten. Der gemeinsame Zweck dieser Vereinigung ist allerdings weniger ein ökonomischer als ein idealer. Folgende Bestimmungen dürften auch auf Inhaber einer gemeinsamen Poliklinik anwendbar sein.

§ 705. Durch den Gesellschaftsvertrag verpflichten sich die Gesellschafter gegenseitig, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern, insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten.

§ 709 Abs. 1. Die Führung der Geschäfte der Gesellschaft steht den Gesellschaftern gemeinsam zu; für jedes Geschäft ist die Zustimmung aller Gesellschafter erforderlich.

Also: Nur bei Zustimmung aller darf ein neues Mitglied in die Poliklinik aufgenommen, darf Telephon angeschafft werden etc.

§ 718. Die Beiträge der Gesellschafter und die durch die Geschäftsführung für die Gesellschaft erworbenen Gegenstände werden gemeinschaftliches Vermögen der Gesellschafter (Gesellschaftsvermögen). Zu dem Gesellschaftsvermögen gehört auch, was auf Grund eines zu dem Gesellschaftsvermögen gehörenden Rechtes oder als Ersatz für die Zerstörung, Beschädigung oder Entziehung eines zu dem Gesellschaftsvermögen gehörenden Gegenstandes erworben wird.

§ 719 Abs. 1. Ein Gesellschafter kann nicht über seinen Antheil an dem Gesellschaftsvermögen und an den einzelnen dazu gehörenden Gegenständen verfügen; er ist nicht berechtigt, Theilung zu verlangen.

Ein Theilhaber einer Poliklinik darf also z. B. die zur gemeinsamen Benutzung von ihm eingebrachten Möbel ohne Genehmigung der anderen Theilhaber nicht entfernen. Dieses Recht gewinnt er erst nach korrekter Kündigung, welche den gesammten Gesellschaftsvertrag beseitigt[10]), nach Massgabe des

§ 732. Gegenstände, die ein Gesellschafter der Gesellschaft zur Benutzung überlassen hat, sind ihm zurückzugeben. Für einen durch Zufall in Abgang gekommenen oder verschlechterten Gegenstand kann er nicht Ersatz verlangen.

Die wichtigsten Ergebnisse unserer Untersuchung dürften folgende sein:

1. Dem mit festem Gehalt auf unbestimmte Zeit angestellten Assistenzarzt oder Vertreter darf normaler Weise nur 6 Wochen vor dem Schlusse eines Kalenderquartals gekündigt werden.

2. Eine fristlose Kündigung ist zulässig auf Grund eines äusseren, den Zwecken des Dienstverhältnisses hinderlichen Ereignisses.

[10]) S. Oertmann, Kommentar zu § 723 l. c. S. 459.

3. Der grundlos Kündigende ist dem anderen Theile im Sinne des Erfüllungsinteresses ersatzpflichtig. Nur das schuldhafte vertragswidrige Verhalten eines Kontrahenten schliesst die Entschädigungsverpflichtung des Kündigenden aus, ja schafft diesem sogar Entschädigungsansprüche.

4. Ein schuldhaftes vertragswidriges Verhalten zeigt

a) der Dienstberechtigte, wenn er die vereinbarte Vergütung nicht zahlt, die versprochene wissenschaftliche oder gesellschaftliche Förderung nicht leistet oder dem Assistenten Aufträge ertheilt, welche mit dem Vertrage nicht vereinbar sind;

b) der Assistenzarzt, indem er die vereinbarte Thätigkeit ohne zwingenden Grund nicht leistet oder Aufträge des Chefarztes wissentlich und ohne Noth in einer dem Willen desselben nicht entsprechenden Weise ausführt;

c) jeder von Beiden, wenn er in- oder ausserdienstlich zu oder über die andere Partei doloser Weise so spricht, dass die derselben geschuldete Achtung verletzt wird.

5. Der Volontärarzt ist ein Beauftragter, welchem fristlos gekündigt werden kann.

6. Der bestellte ärztliche Assistent oder Vertreter hat, wenn er nicht fixirt ist, Anspruch auf das taxmässige Honorar, falls es nicht seine erkennbare Absicht war, lediglich aus Gefälligkeit zu handeln; in jedem Falle steht ihm der Ersatz seiner Aufwendungen zu. Er darf die Vertretung nicht grundlos plötzlich aufgeben, wenn der Auftraggeber sich nicht sofort Ersatz schaffen kann. Anderenfalls haftet jener diesem für den entstandenen Schaden.

7. Im Interesse des Patienten sowie des Arztes selbst darf dessen Vertreter von dem erhaltenen Auftrage abweichen.

8. Im Nothfalle darf ein Arzt selbst gegen den Willen eines Kollegen in dessen Praxis eingreifen und gewinnt dadurch Anspruch auf Ersatz seiner Unkosten.

9. Billigt ein Arzt die von einem anderen für ihn geleisteten ärztlichen Bemühungen nicht, so hat er das für diese erhaltene Honorar dem anderen herauszugeben, darf ihn aber auch für etwaige aus der Vertretung ihm selbst erwachsende Nachtheile haftbar machen.

Vielleicht wird einer oder der andere meiner Leser es für unnöthig halten, die ökonomischen Beziehungen zwischen Aerzten an der Hand des Gesetzbuches zu untersuchen, da die kollegiale Konnivenz und im Nothfalle die ärztlichen Schiedsgerichte zur Schlichtung aller einschlägigen Differenzen ausreichten. Nun werden die Schiedsgerichte, falls sie sich wirklich mit pekuniären Fragen befassen sollten, nicht umhin können, die gesetzlichen Bestimmungen zu berücksichtigen. Die Konnivenz aber besteht darin, dass man über seine Leistungspflichten hinausgeht und seine Forderungen mit grosser Nachsicht geltend macht; beides ist mit Sicherheit nur bei Kenntniss der gesetzlichen Rechte und Pflichten möglich.

Referate.

Psychiatrie und Neurologie.

Zur Begutachtung der erwerbsbeeinträchtigenden Folgen von Ischias.

Von Dr. H. Ehret.
(Monatschr. f. Unfallheilk. 1900, No. 2.)

Verfasser, rühmlichst bekannt durch seine Arbeiten über Ischias, bemüht sich, objektive Anhaltspunkte für die Begutachtung der Fälle von Ischias bei Unfallkranken zu geben. Er nimmt diese Anhaltspunkte aus der eigenartigen Stellung, welche das erkrankte Bein gegenüber dem Rumpf einnimmt und festzuhalten bestrebt ist, und welcher derjenige ist, der die Zug- und Druckverhältnisse für die erkrankten Nerven am günstigsten gestattet, nämlich eine Abduktion, Flexion und Rotation des Beines nach aussen. — Beim Sitzen, beim Aufstehen, beim Bücken, beim Gehen und Stehen, — immer sind es gewisse Zeichen, aus deren Vorhandensein bezw. Vollständigkeit Anhaltspunkte zu gewinnen seien, die eine den thatsächlichen Verhältnissen entsprechende Abschätzung des Verlustes der Erwerbsfähigkeit ermöglichen. E. schildert diese Zeichen in sehr eingehender Weise. Und da der Spielraum der Abschätzung bei Ischias von fast vollständiger Erwerbsunfähigkeit bis zu einem unbedeutenden Grade der Beschränkung der Erwerbsfähigkeit gehe, so ist die Verwerthung dieser Zeichen von nicht zu unterschätzendem Vortheil. B.

Fissura ossis frontalis, Commotio et Contusio cerebri, Amnesie.

Von Dr. M. Wittner, emer. Spitalsarzt in Dorohoin (Rumänien).
(Allgem. Wiener med. Ztg. No. 47, 1899.)

Der im Uebrigen nichts Besonderes darbietende Fall verdient deshalb Interesse, weil er neben den durch die anatomischen Verletzungen herbeigeführten Symptomen zu einer psychischen Alteration insofern führte, als eine totale Amnesie bezüglich des Unfalles und zwar nur dieses Momentes dauernd eintrat, wiewohl Gedächtniss und Intellekt, wenn auch etwas geschwächt, bald zurückkehrten. Der Verletzte, ein Eisenbahnbeamter, wollte ein auf den Geleisen spielendes Kind vor einem heranbrausenden Zuge retten, und wurde bei dieser Gelegenheit von dem Piston der Lokomotive in der rechten Stirngegend getroffen und bei Seite geschleudert. Die kräftige, blitzschnelle Berührung hatte eine offene Fissur des Os frontale und Commotio et Contusio cerebri herbeigeführt. Die psychische Lähmung, die dazu führte, dass der Verletzte als Ursache seines Unfalles angab, er sei von der Leiter gerutscht, und sich des eigentlichen Unfalles durchaus nicht zu erinnern wusste, glaubt Verf. auf Konto der allgemeinen Gehirnerschütterung sowohl, wie der lokalen Läsion setzen zu müssen. In Frage kommt aber jedenfalls auch die schreckenerregende Situation, die das klare Bewusstsein raubte und die rettende That mehr als eine involuntäre Intentionsbewegung, als eine automatische Reflexbewegung, erscheinen lässt. —y.

Ueber senile Epilepsie.

Von Doz. Dr. E. Redlich-Wien.
(Wiener medizinische Presse No. 6, 1900.)

Fälle von seniler Epilepsie, wo die ersten Anfälle nach dem sechzigsten Jahre auftreten, sind nicht allzu selten. Die Frage, ob es sich um reine Epilepsie handelt, ist nicht immer leicht zu entscheiden. Epileptische Anfälle, die nur eine symptomatische Bedeutung haben, kommen bekanntlich im Senium auch bei Nephritis und Diabetes vor. Ebenso führen Hirnprozesse zu symptomatischen epileptischen Anfällen, die zwar in der Regel leicht von der wirklichen Epilepsie abzusondern sind. Unter Umständen kann dies jedoch nach dem klinischen Bilde allein schwierig sein, so z. B. beim Cysticercus cerebri, dessen Symptomatologie sich auf spät auftretende epileptische Anfälle beschränken kann. Der Heredität kann R. nicht die Bedeutung beimessen, die sie nach Ansicht vieler Autoren haben soll, hingegen können andere Ursachen, wie Alkoholismus, Schädeltraumen, Syphilis, für sich allein oder kombinirt, das Auftreten der Epilepsie im Alter bewirken. Fälle seniler Epilepsie bei chronischen Geisteskranken sind in ihrer Bedeutung noch zweifelhaft. Hingegen kann das Be-

stehen der sogenannten arteriosklerotischen Epilepsie als sichergestellt gelten, während sich R. der kardialen Epilepsie skeptisch gegenüberstellt. In symptomatischer Beziehung gleicht die senile Epilepsie vollständig der gewöhnlichen Epilepsie. Die häufige Demenz bei der senilen Epilepsie ist weniger auf Rechnung der Epilepsie als solcher zu setzen, als vielmehr Folge der stets vorhandenen Hirnatrophie. In therapeutischer Hinsicht gelten die gleichen Indikationen wie sonst bei der Epilepsie; freilich sind die Aussichten auf Erfolg im Allgemeinen geringe. —y.

Beitrag zur Lehre von der Haematomyelia traumatica.

Von Prof. M. Bernhardt-Berlin.

(Neurol. Centr. 1900, No. 5.)

Ein starker, bisher gesunder Mann, stürzte nach vorn von einem Wagen. Er war eine Weile bewusstlos. In den nächsten Wochen konnte er sich vor Schmerzen in der Wirbelsäule und den Gliedern kaum rühren. Nach drei Wochen konnte er das Bett verlassen, jetzt wurden gewisse Zustände von Muskelschwäche bemerkbar.

Die etwa ein halbes Jahr nach dem Unfall vorgenommene Untersuchung ergab an dem Seelenleben keine Veränderung, ebensowenig eine Abweichung im Bereich der Hirnnerven. Es bestand eine Schwäche im rechten grossen Sägemuskel, ferner rechts im gemeinsamen Fingerstrecker, im ulnaren Handstrecker und den kleinen Handmuskeln, die abgemagert waren, während der Daumen sogar ganz unbeweglich war. Links war die Daumenmuskulatur frei, die grossen Strecker so wie rechts ergriffen, die kleinen Fingermuskeln noch etwas stärker. An den unteren Gliedmassen bestanden z. Z. keine Lähmungen, früher soll der rechte Wadenbeinnerv gelähmt gewesen sein.

Von den Reflexen war der rechte Kniereflex viel schwerer auszulösen als der linke, die Hoden- und Bauchreflexe überhaupt nicht. An der Aussenseite des linken Oberschenkels war die Hautempfindung nach jeder Richtung stark herabgesetzt.

Der Verletzte klagte nur noch wenig. Beim Bücken empfinde er noch Schmerz im Kreuz. Den Stuhlgang könne er nicht so lange halten wie früher.

Jetzt, einige Monate nach der ersten Untersuchung, bestehen noch Kreuzschmerzen und leichte Ermüdbarkeit. Der Sägemuskel arbeitet wieder völlig normal, bemerkenswerth sind Faserzuckungen, die in den Muskeln des Schultergürtels und der Arme, rechts mehr als links, auftreten.

Der Krankheitsverlauf spricht dafür, dass bei dem schweren Sturz neben Erschütterung und Zerrung der Wirbelsäule nicht nur eine Blutung um oder in die Rückenmarkshäute, sondern auch eine Schädigung der Rückenmarkssubstanz, wahrscheinlich gleichfalls durch eine Blutung, zu Stande gekommen ist. Nach den klinischen Erscheinungen muss die Blutung in verschiedenen Abschnitten des Marks die Vorderhörner in verschiedenem Masse geschädigt haben.

Besonderes Interesse beansprucht die Gefühlsstörung am linken Oberschenkel, welche der von B. zuerst beschriebenen und unter seinem Namen bekannten (cf. diese Ztschr. 1899, S. 101) sehr ähnlich ist, nur dass es sich bei dieser um Paraesthesieen oder Schmerzen, hier nur um eine Abstumpfung der Empfindung handelt. Die „Bernhardtsche Sensibilitätsstörung“ beruht auf einer Entzündung des peripheren Nerven, während bei dem hier besprochenen Verletzten offenbar ein centraler Ursprung angenommen werden muss.

Prognostisch stellt der Fall sich keineswegs durchaus günstig. Wenn es sich auch gezeigt hat, dass ausgeprägte Lähmungen einzelner Muskeln wieder völlig schwinden konnten, werden doch die geschwächten Arm- und Handmuskeln kaum wiederhergestellt werden, und die Muskelzuckungen verstärken die an und für sich gegebene Befürchtung, dass fortschreitende Rückenmarksentartung (Poliomyelitis anterior chronica) zu einem Ergriffenwerden weiterer Muskelgruppen führen wird.

Innere Medizin.

Haematurie aus normalen Nieren und bei Nephritis.

Von B. Naunyn-Strassburg.

(Mittheil. a. d. Grenzgebieten d. Mediz. u. Chir. 5. Bd., 4. u. 5. H. 1900.)

Es muss nach Verf. für ausgemacht gelten, dass es, auch abgesehen von traumatischen Nierenblutungen, vereinzelte Fälle giebt, bei denen Blutungen aus normalen Nieren auftreten. In einer grossen Zahl der Fälle dürfte es sich aber doch wohl um chronische Nephritis handeln. Es kommen dabei selbstverständlich nicht solche Blutbeimengungen in Betracht, wie man sie in vielen Fällen von akuter und in nicht wenigen von chronischer Nephritis vorübergehend oder dauernd findet (haemorrhagische Nephritis). Es handelt sich vielmehr dabei um massenhafte, anfallsweise auftretende, meist von Koliken in einer Niere begleitete Blutungen, bei denen fast immer zuerst an Urolithiasis, Tuberkulose oder Neubildung der Nieren gedacht wird, Fälle, die deshalb häufiger zum Chirurgen kommen. Verf. theilt drei hierher gehörige Krankengeschichten mit. —y.

Ueber Tuberkulose des Magens.

Von Dr. M. Simmonds, Prosektor am Allg. Krankenhause Hamburg-St. Georg.

(M. M. W. 1900, No. 10.)

Petruschky hat auf Grund einiger, mit Hilfe von Tuberkulin als tuberkulös erkannter Fälle von hartnäckigen Magenbeschwerden die Vermuthung ausgesprochen, dass tuberkulöse Magengeschwüre häufiger sein möchten als man gemeinhin annimmt.

Mit der Erfahrung der pathologischen Anatomen ist diese Annahme nicht in Einklang zu bringen. Isolirte bezw. primäre Magengeschwüre „hat wohl selten ein Pathologe zu Gesicht bekommen“, und unter 2000 Sektionen bei tuberkulösen Personen hat Verf. nur 8mal tuberkulöse Magengeschwüre gefunden. Noch besteht die alte Erfahrung zu Recht, dass die Magenschleimhaut auffallend widerstandsfähig gegen Kochsche Bazillen ist. Verf. neigt der alten, neuerdings in Verruf gekommenen Annahme zu, dass der normale Magensaft die Ansiedlung der Bakterien verhindere. Es ist ja zwar erwiesen, dass normaler Magensaft in einer bestimmten Zeit nicht im Stande ist, die etwa in Auswurfballen versteckten Pilze zu töten, aber damit ist noch lange nicht gesagt, dass er nicht fähig wäre, ihrer Einnistung entgegenzuwirken.

Zur Stütze dieser Anschauung berichtet Verf. zunächst über einen Fall von Krebs des Pförtners bei einem Schwindsüchtigen. Hier war in der Magenschleimhaut eine ganze Anzahl kleiner tuberkulöser Geschwüre vorhanden. Es liegt doch sehr nahe, anzunehmen, dass die durch den Krebs bedingte Störung in der Absonderung des Magensaftes hier die Ansiedlung der Bazillen begünstigt hat.

Kenntlich sind tuberkulöse Magengeschwüre an den bekannten überhängenden Rändern, im Gegensatz zum gewöhnlichen Ulcus ventriculi. Tuberkel findet man in den Randpartien, die Bazillen sind spärlich.

Gewöhnlich sind diese Geschwüre klein, doch sah S. in einem Falle eins die Ausdehnung von 10:20 cm erreichen. Nie aber beobachtete er, dass die Tuberkulose des Magens zu Blutungen oder gar Durchbrüchen Veranlassung gab, nie waren auch nur irgend welche

klinische Erscheinungen vorhanden, aus denen man zu Lebzeiten auf ein Magenleiden schliessen konnte.

Nur zwei Mal hatte Verf. Gelegenheit, Schwindsüchtige zu seciren, die ernste Magenbeschwerden gehabt hatten, und in diesen beiden Fällen fanden sich keine tuberkulösen, sondern einfache runde Magengeschwüre.

Bei der extremen Seltenheit einer auf den Magen beschränkten Tuberkulose ist der Vorschlag Petruschky's, Tuberkulin zur Diagnosenstellung zu verwenden, bedeutungslos.

Häufiger als in Form von Geschwüren befällt die Tuberkulose, auf dem Blutwege verbreitet, den Magen in Form kleinster Knötchen in allen drei Wandschichten. Klinisch ist diese Form ganz unwesentlich.

Ueber einige seltene, in Form von Tumoren auftretende tuberkulöse Erkrankungen der Haut.

Aus d. Abtheil. d. Prof. E. Lang i. k. k. Allgem. Krankenhause u. aus d. Instit. f. pathol. Histologie u. Bact. d. Prof. R. Paltauf in Wien. Von Dr. Ludwig Spitzer, Sec. Arzt a. Allgem. Krkh. in Wien.

(Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Mediz. u. Chir. 5. Bd. 4. u. 5. H. 1900.)

Seit der Kenntniss der Aetiologie der Tuberkulose sind schrittweise immer neue Formen unter die tuberkulösen Erkrankungen der Haut aufgenommen worden. Als Hauptgruppen sieht man vielfach an: 1) den Lupus, 2) das Skrofuloderma, 3) das tuberkulöse Geschwür, 4) die Tubercul. cutis verrucosa, 5) den Fungus cutis. Nach dem von Verf. theils aus der Literatur, theils aus eigenen Beobachtungen gesammelten Material erscheint es gerechtfertigt, vom klinischen Standpunkte eine Gruppe der tuberkulösen Tumoren abzugrenzen. Wie es den Anschein hat, ist keine Region der menschlichen Schleimhaut und Haut gegen diese Form der Tuberkulose geschützt. — y.

Chirurgie.

Ein Fall von penetrirender Stichwunde der Herzgegend; Lungenprolaps, Haemothorax, Pneumohaemopericardium; Heilung.

Von Dr. R. v. Baracz, Dozent für Chirurgie a. d. Univ. Lemberg

(Wiener klinische Wochenschrift No. 47, 1899.)

Der von Verf. beschriebene Fall, in welchem es sich um eine Duell-Hiebwunde in der Herzgegend handelte, bietet nach mehreren Richtungen hin Interesse. Zunächst zur Orientirung einige Einzelheiten: Die Wunde befand sich in der linken vorderen Thoraxgegend im vierten Interkostalraum, knapp beim linken Sternumrande beginnend, 4 cm lang, schief von oben und innen nach unten und auswärts verlaufend. In der Umgebung der Wunde ein bis zum Schlüsselbein reichendes, auf die ganze linke Thoraxhälfte sich erstreckendes und bis nahe zur Wirbelsäule reichendes subkutanes Emphysem. Beim Auseinanderhalten der Wundränder stürzt zugleich bei jedem Exspirium ein Strahl dunklen Blutes hervor; bei jedem Inspirium wird das für Pleuraverletzung charakteristische Zischen bemerkbar. Die Wunde durchsetzt den M. pectoralis major und geht schief in die Tiefe in der Richtung von unten aussen nach oben und innen, so, dass der obere Wundrand eine Art Klappe bildet. Nach stärkerer Auseinanderziehung der Wundränder erweist sich die Wunde als trichterförmig sich verengernd; in der Tiefe von ungefähr 4 cm bemerkt man eine 1 cm lange Wunde der Pleura, durch welche, besonders bei jedem Exspirium, die Lunge auf der Fläche einiger Centimeter vorfällt. Da weder in der Pleura noch in der Muskelwunde ein grösseres verletztes Gefäss sichtbar war und dabei nach Vorfall der Lunge die Blutung aufhörte, wurde die Pleurawunde tamponirt und die Wunde durch Nähte verschlossen. Nach zwei Wochen kam es zu einer schweren Nachblutung, schliesslich trat Heilung ein. Der Verlauf des Falles beweist zunächst, dass bei den penetrirenden Stichwunden eine grössere Arterie (hier wahrscheinlich die A. intercostalis) verletzt worden sein kann, ohne dass man bei genauer Inspektion der Wunde ein spritzendes Gefäss zu entdecken vermag. Höchst wahrscheinlich ziehen sich die Stümpfe des verletzten Gefässes zurück, oder der die schwere Verletzung begleitende Kollaps trägt dazu bei, dass man das Spritzen aus dem durchtrennten Gefässe nicht sehen kann. Zweitens ergiebt sich aus der vorliegenden Beobachtung, dass es in Fällen von Stichverletzung des Brustkorbes, in welchen die durchschnittene A. intercostalis nicht unterbunden wurde, noch zwei Wochen nach der Verletzung — trotz des gebildeten Thrombus und trotz einer theilweisen Resorption des Blutextravasates — zu einer profusen Nachblutung kommen kann, in Folge von vermehrter Herzthätigkeit und Lösung des Thrombus; daher die Indikation zur absoluten Ruhe bei solchen Kranken (Bettlage). Auch empfiehlt es sich, wenn in diesem Falle auch der Ausgang ein glücklicher war, behufs Vermeidung einer Nachblutung die Wunde zu dilatiren, die Quelle der Blutung aufzusuchen und zu unterbinden. Besonderes Interesse verdient die am dritten Tage nach der Verletzung beobachtete Erscheinung. Pat. berichtete, dass er — aber nur im Liegen — das Gefühl habe, als wenn eine Luftblase sich rhythmisch mit den Herzschlägen in der linken Brustseite bewegte. Die Untersuchung erweist in der That die Richtigkeit der Angaben; man hört von Zeit zu Zeit selbst in einer Entfernung von 1 m noch ein Geräusch, welches synchronisch mit der Herzsystole auftritt und den Eindruck erweckt, wie das Geräusch, welches beim Schütteln eines nicht voll mit Wasser gefüllten Ballons entsteht. Dieses Geräusch ist nach Morel-Lavallé pathognomonisch für Rupturen des Herzbeutels und der Pleura; es wird hervorgerufen durch das Eintreiben von Luft und Flüssigkeit in den Herzbeutel in Folge der Herzbewegung. Das beschriebene Symptom, welches nach 24 Stunden wieder geschwunden war, wurde bisher nur bei inneren Verletzungen nach Sturz aus der Höhe und nach Ueberfahrenwerden beobachtet; wahrscheinlich findet es sich aber auch häufiger bei Stichverletzungen des Herzbeutels. -y.

Ueber gleichzeitige Schussverletzung von Brust- und Bauchhöhle.

Aus d. kgl. chir. Univ.-Klinik in Berlin. Von Privatdoc. Dr. Fritz König.

(Berliner klinische Wochenschrift No. 2-5, 1900.)

Die in der vorliegenden Arbeit beschriebene Schussverletzung, die eingehend klinisch beobachtet und anatomisch untersucht werden konnte, führt Verf. zur Formulirung einer Anzahl von Schlusssätzen, die wir mit Rücksicht auf ihre praktische Bedeutung im Wortlaut wiedergeben wollen. Zunächst einige kurze Daten über die Art der Verletzung: Ein 20jähriger junger Mann schoss sich eine Revolverkugel mittleren Kalibers in die linke Brust. Die Schussöffnung befand sich im V. Ic. R. einwärts von der Mamillarlinie, die Ausschussöffnung am Rücken, daumenbreit links neben dem Dornfortsatz des X. Brustwirbels. Schussrichtung von oben vorn nach unten hinten. Verletzt wurden: Herzbeutel, Leber, Milz, Zwerchfell, Pleura, Lunge. Der Verletzte lebte noch ungefähr 7 Wochen, eine grössere Operation wurde nicht vorgenommen. Die Schlussfolgerungen, die Verf. aus der Beobachtung und dem Obduktionsbefunde dieses Falles zieht, lauten folgendermaassen: Die

Stelle des V. Intercostalraumes links einwärts von der Mamillarlinie ist geeignet für Verletzungen, welche nur den Herzbeutel treffen, das Herz intakt lassen. Der Herzbeutel kann hier noch von Pleura unbedeckt freiliegen, so dass auch diese geschont wird. Solche Verletzungen heilen, wenn spontan, mit völliger Verwachsung beider Perikardialblätter, infolge des Haemoperikardiums. Wenn bedrohliche Erscheinungen kommen, so ist der Versuch einer Punktion zunächst erlaubt, bevor man zur Perikardiotomie schreitet. Man wird bei Verletzungen, wenn die Pleura vorlag, diese verwachsen finden und ihre Infektion vermeiden, man kann eine Verletzung des Herzens selbst bei der Punktion durch Kontrole mit der vom Herzen gehobenen Kanüle vermeiden. Beklemmungserscheinungen können durch gleichzeitigen Haemothorax bedingt sein, dessen Entleerung durch Punktion sie beseitigen kann. Operative Eröffnungen von Herzbeutel und Thoraxraum kommen erst in Frage, nachdem die Punktion versagt hat. Die Wunden des Zwerchfells können heilen, nicht durch Verheilung der Muskelwunde, sondern durch Verwachsung der gegenüberliegenden serösen Fläche mit der Stelle des Loches. Dazu neigen besonders die abschüssigen Stellen des Zwerchfelles. Eine Indikation zur Naht der Zwerchfellwunden kann man nur annehmen, wenn schwere Erscheinungen vorliegen, die auf das Durchtreten von Magen oder Darm in den Pleuraraum hinweisen. Deutet die Schussrichtung auf gleichzeitige Betheiligung der Bauchhöhle hin, so ist nur die Laparotomie in gewöhnlicher Weise, ohne Rücksicht auf die Einschussstelle, angezeigt, 1. um die Blutung in den Bauchraum zu beseitigen und entstehenden Verwachsungen vorzubeugen, 2. um auf Verletzungen der zunächst liegenden Organe (Magen, Milz, Leber) zu untersuchen. Neben dem X. und XI. Brustwirbelkörper links kann die Milz in der Nähe von 2 cm liegen, der Magen liegt dann gewöhnlich vor ihr, kann aber in leerem Zustande soweit herabrücken, dass ein Schuss hier die Milz allein ohne Magen verletzen kann. Bei aseptischem Zustand geben nekrotische Theile der Milz nur dann Anlass zur Entfernung, wenn sie völlig losgelöst sind. Auch fern vom Schusskanal können durch die explosive Kraft der Kugel schwere Laesionen der Organe hervorgebracht werden. Die Magendarmerscheinungen, das im vorliegenden Falle 14 Tage nach der Verletzung auftretende Ulcus ventriculi, wurden dadurch erzeugt. Auch in der Leber können durch die Sprengwirkung der Kugel weithin Gewebsschädigungen, schliesslich Nekrosen erzeugt werden. Zu diesen Laesionen, welche von schwerster, zu Höhlenbildung führender Zertrümmerung bis zu kaum merkbaren Zellveränderungen alle Uebergänge zeigten, trat eine diffuse Entzündung, die traumatische Hepatitis, ein. Das Trauma ist die Grundbedingung, die weiteren Ursachen geben toxische Substanzen, die aus dem zertrümmerten Lebergewebe kommen — parenchymatöse Degeneration und proliferirend interstitielle Entzündung — oder Bakterien ab: eitrige Entzündung, Leberabscess. Die Bakterien stammen aus Pfortader (Darm) oder Gallenwegen; durch sie tritt in der Leber eine autochthone Infektion, namentlich an den verletzten Stellen, ein. Dadurch kann, bei sonst ganz aseptischem Wundverlauf, die Leberwunde eitrig werden und die Veranlassung zu Sepsis und Pyaemie abgeben. Aus diesem Grunde erfordert eine jede, noch so kleine, sicher diagnosticirte Leberwunde die Laparotomie. Die Wunde ist breit offenzuhalten durch eingelegte Jodoformgaze, welche durch die offenbleibende Bauchhöhle herauszuführen ist, um die Infektion abzuleiten. Die Lebernaht erfüllt diesen Zweck nicht. Die Fälle, in welchen bei schwerer Schädigung des übrigen Lebergewebes multiple Abscesse auch fern von der Verletzungsstelle entstehen, sind selten und stossen daher diese Indikation nicht um. — y.

Ohren.

Ein atypisch verlaufender Fall von Sinusphlebitis.

Von Privatdozent Dr. Eschweiler-Bonn.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXV. Bd., Heft 1|2.)

Ein 41jähriger Mann, seit Jahren an Ohreiterung links leidend, kommt am 7. April mit Fieber, Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes, Ohrenschmerzen und Schwindel in klinische Behandlung. Am 11. April Radikaloperation, Ausräumung eines Cholesteatoms aus dem Antr. mastoid.; Sinus sigm. wird freigelegt, aber äusserlich intakt gefunden. Trotz der Operation bleibt hohes, mehrfach 41 Grad erreichendes Fieber — von remittirendem, nicht intermittirendem Charakter und ohne Schüttelfröste — bestehen. Am 17. April breite Eröffnung des Sinus, wobei aus der Gegend des Bulbus Eiter, von peripherwärts her Blut entleert wird. Am 18. April Exitus.

Bei der Obduktion erweist sich der Sinus sigm. selbst von Blut erfüllt; zerfallene Thrombusmassen finden sich erst am Bulbus und andrerseits im Sinus transversus neben dem Torcular, also an zwei weit von einander entfernten Stellen. Neben diesem seltenen pathologisch-anatomischen Befunde — der Herd am Confluens dürfte durch sprungweise erfolgten retrograden Transport infektiöser Thrombusmassen vom Bulbus her zu Stande gekommen sein — ist im klinischen Verlaufe hier das Fehlen von Intermissionen und Schüttelfrösten auffällig, nicht minder bei der ersten Operation das Fehlen jeglicher cariösen Zerstörung des Knochens gegen den Sinus hin, die als Wegweiser hätte dienen können, und schliesslich die intakte Beschaffenheit des Sinus an der freigelegten Stelle. Der Fall ist nicht nur für den Spezialisten, sondern auch für den praktischen Arzt von hohem Interesse, weil er lehrt, wie sehr im Verlaufe von chronischen Mittelohreiterungen auf Erhöhungen der Körperwärme geachtet werden muss, und wie wichtig es ist, in solchen Fällen den Kranken schleunigst fachärztlicher Hilfe behufs operativen Eingreifens zuzuführen.

Richard Müller.

Die durch Unterkieferläsionen verursachten Gehörgangsverletzungen.

Von Oberarzt Dr. Wilhelm Hasslauer-Würzburg.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XXXV, 4. Heft.)

Nach einigen anatomischen Vorbemerkungen giebt der Verf. eine Darstellung des Zustandekommens der Verletzungen des äusseren Gehörganges durch Gewalteinwirkung auf den Unterkiefer und besonders auf das Kinn. Brüche und selbst Zersplitterungen der knöchernen Gehörgangswand kommen besonders beim Fehlen der Molarzähne, die sonst durch ihre Reibung die Kraft des Stosses mildern, zu Stande; auch ist die Uebertragung eines den Unterkiefer treffenden Stosses auf den Gehörgang bei geschlossenem Munde und straffer Anspannung der Kaumuskeln kräftiger und mehr geeignet, einen Bruch herbeizuführen als bei offenem Munde und schlaffen Muskeln — eine Ansicht, die wohl nicht unbedingt als erwiesen zu betrachten ist. Besonders wird hervorgehoben, dass Stoss gegen das Kinn viel leichter zu einer Gehörgangsfraktur führt als ein Trauma, das die seitlichen Partien des Unterkiefers trifft; in 22 von 34 Fällen hat die schädigende Gewalt das Kinn getroffen.

Verf. bespricht dann eingehend die Symptome des — mit Zerreissung der häutigen Gehörgangswand — komplizirten und des unkomplizirten Bruches des Gehörganges. Hierauf folgt die Zusammenstellung von 30 aus der Litteratur gesammelten einschlägigen Fällen und schliesslich die genauere Schilderung dreier Fälle, die der Verf. selbst beobachtet hat. Leider ver-

misst man dabei Angaben über die Heilungsdauer, doch lehren die Fälle I und II, dass diese Frakturen einen recht schweren Verlauf nehmen können. Richard Müller.

Hygiene.

Ueber Pemphigus neonatorum.

Von Kreisphysikus Dr. Solbrig-Templin, Kreisphysikus Dr. Mulert-Waren, Kreisphysikus Dr. Hesse-Lüneburg.
Zeitschrift für Medic. Beamte 1900. No. 2 und 4.

Die Schälblasen sind, was ihre Verbreitung betrifft, eine seltsame Krankheit. Ein so erfahrener Kinderarzt wie Henoch sah sie nie anders als vereinzelt auftreten, während von anderer Seite ein gehäuftes Vorkommen an einzelnen Orten oft genug nachgewiesen worden ist und von manchen Autoren, z. B. von Ahlfeld, die Krankheit als entschieden ansteckend bezeichnet wird. Die letztere Frage hat an Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege sehr dadurch gewonnen, dass mehr und mehr Fälle beobachtet wurden, deren tötlicher Ausgang die frühere Annahme von der Harmlosigkeit des Pemphigus neonatorium gründlich widerlegte. Ist der Pemphigus wirklich ansteckend, so bedarf es zweifellos sanitätspolizeilicher Bestimmungen über ihn. Die Verfasser der obengenannten Arbeiten bringen für die Frage der Ansteckungsfähigkeit der Schälblasen neues Material bei, das zunächst objektiv wiedergegeben werden möge.

Solbrig sah in der Praxis einer gut beleumundeten Hebamme 1896 9, 1897 7 Fälle von Schälblasen. In den beiden Jahren hatte die Frau 97 Entbindungen geleitet. Die Mehrzahl der Krankheitsfälle trat jedesmal in rascher Aufeinanderfolge ein, sie waren keineswegs an einem bestimmten Ort gebunden. Eins von den Kindern starb. Zu Anfang und Ende 1897 wurde Wohnung, Kleidung und Instrumentarium der Hebamme gründlich desinfizirt. Dennoch folgten im Februar und März 1898 zwei weitere Erkrankungen, darunter eine mit tötlichem Ausgang. Darauf wurde die Hebamme veranlasst, eine neue Wohnung zu beziehen, und seit diesem Zeitpunkt sind in ihrer Praxis und in der ganzen Gegend keine Schälblasen mehr vorgekommen; merkwürdiger Weise hat aber 1899 ein dreiwöchentliches Kind aus Berlin, dessen Mutter sich in der früheren Wohnung der Hebamme besuchsweise eine Zeit lang aufhielt, mehrere Wochen nach der Rückkehr Schälblasen bekommen.

Mulert sah 1891 an einem Orte vier Neugeborene aus der Praxis einer Hebamme, ausserdem aber auch vier Erwachsene an Schälblasen erkranken. Von den Kindern starben drei, von den Erwachsenen war die Eine die Totenkleiderin, die die Gestorbenen eingekleidet hatte, die Zweite die Mutter eines der gestorbenen Kinder und die Dritte eine Frau, die auf demselben Flur mit dem am Leben gebliebenen Kinde wohnte. An einem anderen Orte kamen 1900 sechs Krankheitsfälle, die sich auf zwei Hebammen vertheilten, und in einem Dorfe, das $1^1/_2$ Meile von jenem entfernt liegt, ein Fall bei der dortigen Hebamme vor. Wieder waren zwei ältere Personen, die Mutter und die zweijährige Schwester eines Kindes, mit erkrankt. Von den Neugeborenen starben zwei.

Hesse berichtet nur über isolirte Fälle, die aber nach anderer Richtung von Interesse sind. — Das eine Kind wurde geboren, nachdem während der Schwangerschaft der selbst kranken Mutter der Vater an Schwindsucht gestorben war, ein anderes stammte von einer Trinkerin, deren nächstes Kind an allgemeinem Ausschlag Jahre lang litt, ein drittes von einem später geisteskranken Vater, ein viertes von einer sehr excentrischen Mutter u. s. f. Nie hat H. bei den Hebammen Desinfektionsmassregeln veranlasst, trotzdem sah er nie eine Ansteckung.

Solbrig und Mulert sind von der grossen Ansteckungsfähigkeit der Schälblasen überzeugt und halten eine Anzeigepflicht für Aerzte und Hebammen für geboten — eine solche besteht für Hebammen in Berlin seit 1896 (s. Tagesgeschichte der heutigen Nummer) —; Hesse hält dagegen den Pemphigus für eine Neurose und warnt davor, insbesondere den Hebammen voreilig neue Pflichten aufzubürden. Er übt an den Folgerungen Solbrigs eingehend Kritik, indem er ausführt, wie ungewöhnlich für eine Infektionskrankheit das Verhalten des Pemphigus bei den von S. mitgetheilten Fällen ist: Dieselbe Hebamme, die 1896 in ihrer Praxis neun Krankheitsfälle hat, leitet zwischendurch eine grosse Menge von Entbindungen, ohne die Kinder zu infiziren. Im Januar 1897 wird ihre Wohnung, all ihr Hab und Gut und sie selbst gründlich desinfizirt — trotzdem zählt sie bis zum März schon wieder fünf Pemphigusfälle; dann — wie es scheint, nach einer neuen Desinfektion — bleiben wirklich 22 Kinder verschont, im August erkrankt wieder eins, dem folgen zehn, die gesund bleiben, im Dezember kommt wieder ein Fall, im Februar 1898 trotz einer dritten, ganz umfassenden Desinfektion noch einer. Schliesslich nach einem Wohnungswechsel der geplagten Frau erlischt die Krankheit in ihrer Klientel, dafür erkrankt aber später ein Kind, das einige Zeit in der betr. Wohnung zugebracht hat, an Schälblasen. Da soll es denn klar sein, dass in der Wohnung der Hebamme der Krankheitsherd gewesen sei. Keineswegs! Erstens war es unrichtig, von vornherein als Wahrscheinlichstes anzunehmen, die Hebamme müsse die Krankheit verschleppt haben, und sich gar nicht, wie es sonst bei Ansteckungskrankheiten üblich ist, darum zu kümmern, ob die Ansteckung sich vom Kranken selbst auf irgend welchem anderen Wege weiter verbreitet habe. Und zweitens spricht eben die zeitliche Folge der Krankheitsfälle und die Fruchtlosigkeit der Desinfektionen mehr gegen als für die Betheiligung der Hebamme an der Verbreitung des Uebels. Das „post hoc", das vorläufige Erlöschen der Krankheit nach dem Wohnungswechsel der Hebamme und das Auftreten eines neuen Krankheitsfalles innerhalb der alten Wohnung ist ja auffallend, genügt aber noch lange nicht, um ein „propter hoc" auszusprechen.

Diese kritischen Bemerkungen sind u. E. sehr bemerkenswerth. Auch Referent hat im vergangenen Jahre und zwar in Düsseldorf etliche Pemphigusfälle gesehen. Zwei davon gehörten in die Praxis derselben Hebamme, einer in die einer anderen, und, wie Ref. von einem Nachbarkollegen erfuhr, sind weitere Fälle bei noch anderen Hebammen damals vorgekommen; eine Häufung der Erkrankungen unter der Klientel einer bestimmten Frau trat dabei unseres Wissens nicht ein, und wir konnten uns überzeugen, dass andere Kinder aus derselben Klientel, zu der die erkrankten gehörten, gesund blieben. Wichtig ist die Pemphigusfrage gewiss, aber auf Grund einzelner, meist in bestimmter Richtung angestellter Beobachtungen kann sie nicht gelöst werden, sondern nur durch eine umfassende, den verschiedenen Möglichkeiten gleichmässig gerecht werdende Statistik. So bedenklich es auch ist, den Pemphigus in allen Fällen als konstitutionell bedingte Nervenkrankheit aufzufassen, so ist doch seine Aetiologie noch nicht genügend geklärt, um einschneidende Verordnungen darauf aufzubauen.

Experimentelle Untersuchungen über das Konserviren von Fleisch und Fisch mit Salzen.

Von Alfred Pettersson-Upsala.
(Berl. klin. Wochenschr. 1899, 42.)

Die Untersuchungen erstreckten sich nur auf den Werth des Kochsalzes als Konservirungsmittel. Die Fisch- und

Fleischproben wurden bei einer Wärme von 25° C. aufbewahrt. Es ergab sich, dass bei Proben, denen 15 Prozent Kochsalz oder weniger zugesetzt war, noch ein reichliches Pilzwachsthum stattfand. Wenigstens wucherten bei diesem Salzgehalt Kokken noch recht ausgiebig, während Stäbchen bei 10—12 Prozent in ihrer Entwickelung gehemmt wurden. Die Fäulniss kennzeichnenden Stoffe (Schwefelwasserstoff, Indol, Phenol) bildeten sich bei 5 Prozent Kochsalzgehalt zum Theil schon nach 6 Tagen, bei 12 Prozent im Fisch erst nach 58 bezw. 78 Tagen, beim Fleisch, das sich langsamer zersetzt, überhaupt nicht. Ammoniak, Pepton und Buttersäure fanden sich bei 15 Prozent und darunter fast regelmässig; ebenso wuchs bei dieser Konzentration sehr üppig ein Sprosspilz, der aber nicht nachweislich Zersetzungsvorgänge verursachte.

Die in den Handel kommenden Fisch- und Fleisch-Konserven enthalten zum Theil weniger Kochsalz als zur Abtödtung aller kleinsten Lebewesen nothwenig ist. Wahrscheinlich ist der den einzelnen Konserven im Gegensatz zu den frischen Fleisch- und Fisch-Arten eigene Geruch und Geschmack auf die Wirksamkeit jener kleinsten Lebewesen zurückzuführen.

Aussatzhäuser sonst und jetzt.

Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Martin Kirchner.
(Berliner klinische Wochenschrift No. 2, 1900.)

Verf. giebt einen kurzen Ueberblick über die Geschichte der Lepra und die Einrichtungen, die man in vergangenen Zeiten und in der Gegenwart zur Bekämpfung dieser Krankheit geschaffen hat. Eingehender wird das im verflossenen Jahre bei Memel errichtete Lepraheim beschrieben, das gegenwärtig 11 Leprakranke birgt. Am Schlusse der interessanten historischen Studie tritt Verf. für eine rationelle Umgestaltung der Siechenhäuser ein, sowie für die Errichtung von Genesungshäusern für Rekonvaleszenten und Asyle für unheilbare Kranke. — y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Protokoll über die Vorlesungen zur Bekämpfung der Tuberkulose für Bahnärzte vom 27.—29. März 1900 zu Berlin und über die Ausschusssitzung des Verbandes Deutscher Bahnärzte am 27. u. 28. März 1900 zu Berlin.

Das überaus freundliche Entgegenkommen des Leiters der Vorlesungen, des Herrn Generalarztes Dr. Schaper, ermöglichte es den deutschen Bahnärzten, dieselben an drei aufeinanderfolgenden Tagen zu hören. Herr Schaper begrüsste persönlich die aus allen Theilen Deutschlands erschienenen Herren, wofür ihm Herr Geh. Rath Dr. Brähmer den Dank der Versammlung in warm empfundenen Worten aussprach; gleichzeitig stattete er auch dem Ministerium der öffentlichen Arbeiten und den betr. Direktionen den Dank der Aerzte ab für das denselben in jeder Beziehung bewiesene Entgegenkommen.

Es waren offiziell vertreten die Direktionen

1. Berlin durch die Herren:	Dr. Brähmer und
2.	Dr. Schwechten.
3. Königsberg	Dr. Löwenthal,
4. Danzig	Dr. Davidsohn,
5. Bromberg	Dr. Augstein,
6. Breslau	Dr. Stern,
7. Kattowitz	Dr. Tracinski,
8. Halle a. S.	Dr. Clemens und
9.	Dr. Herzfeld,
10. Magdeburg	Dr. Hager,
11. Stettin	Dr. Heiligtag,
12. Köln a. Rh. durch die Herren	Dr. Reipen,
13. Essen	Dr. Redeker,
14. Elberfeld	Dr. Flatten,
15. Frankfurt a. M.	Dr. Klingelhöffer,
16. Mainz	Dr. Görtz,
17. Kassel	Dr. Bode,
18. Saarbrücken	Dr. Kramer,
19. Erfurt	Dr. Heyder,
20. Altona	Dr. Cramer,
21. Münster	Dr. Rump,
22. Elsass-Lothringen	Dr. Ernst,
23. Bayern	Dr. Zeitlmann und
24.	Dr. Schmidt,
25. Baden	Dr. Blume,
26. Württemberg	Dr. Beck und
27.	Dr. Prinzing,
28. Königreich Sachsen	Dr. Gilbert,
29. Hannover	Dr. Theilkuhl.

Vorlesungen hielten:

27. März Herr Grumbach: Demonstrationen im Institut für Röntgen-Photographie

und Herr Strauss: Ueber Frühdiagnose und Ernährungstherapie der Tuberkulose.

28. März Herr Brieger: Welchen Einfluss hat die Bakteriologie auf die Diagnose, Prognose, Prophylaxis und Therapie der Lungenschwindsucht ausgeübt?

und Herr Brandenburg: Erfahrungen über die Voruntersuchungen zur Aufnahme in die Lungenheilstätte am Grabowsee.

29. März Herr Pannewitz: Die Schwindsuchtsbekämpfung durch Heilstätten-Fürsorge

und Herr Burghart: Ueber die Erfolge der medikamentösen Therapie der Lungentuberkulose auf der ersten medizinischen Klinik (mit Krankenvorstellung).

Sitzung des Ausschusses:

Herr Brähmer begrüsst die Ausschussmitglieder unter Hinweis auf die verschiedenen von ihm versandten Rundschreiben und auf die seit der letzten Ausschusssitzung vorgekommenen Ereignisse.

Die Statuten sollen in der beschlossenen Form, nachdem die Majorität der Vereine sich dafür erklärt, nunmehr gedruckt werden. Zu den Anträgen des Herrn Pollnow in Köln beschliesst der Ausschuss, dass an den bestehenden Bestimmungen über das Hörvermögen der Bahnbeamten nichts geändert werden soll.

Die Untersuchung auf Tuberkelbazillen wird von den Bahnärzten nicht verlangt, sondern kann von bestimmten Aerzten oder Instituten vorgenommen werden, die Uebersendung des Sputums in Celluloidkästchen wird den Bahnärzten empfohlen. Zur Verhütung der Uebertragung von Tuberkulose durch die Signalhörner wird den betreffenden Beamten von einzelnen Direktionen ein besonderes Mundstück geliefert.

Es besteht die Absicht, für die preussischen Bahnärzte eine Dienstvorschrift auszuarbeiten. Bei Klagen über Bahnärzte soll der Vorstand des zuständigen bahnärztlichen Vereins gehört werden. Der bisher dagegen angeführte Grund, dass nicht jeder Direktion ein Verein zur Verfügung stehe, wird hinfällig, nachdem die Direktion Posen beschlossen hat, von Direktionswegen einen Verein zu gründen und somit nur noch Hannover, Münster und Altona ausstehen.

Nachdem Herr Schwechten den Kassenbericht erstattet hat und die Kasse von den Herren Blume und Hagen geprüft ist, wird dem Kassenführer die beantragte Entlastung ertheilt.

Der Kassenbestand beträgt bei einem Gleichgewicht in Einnahme und Ausgabe von 355,51 Mark am 27. März 1900 — 252 Mark 61 Pf.

Da der 1900 für Paris in Aussicht genommene Kongress für Eisenbahnhygieine nach einem Beschluss des Pariser Komitees nicht stattfindet, wird beschlossen, der viermaligen dringenden Einladung Badens zu folgen und Ende Juni 1900 einen Bahnärztetag in Baden-Baden abzuhalten und für 1901 einen internationalen Kongress in Deutschland vorzubereiten. Aus mancherlei Gründen wird empfohlen, zunächst unter der Hand Fühlung mit Bayern zu nehmen, ob es angezeigt ist, dort in München oder Nürnberg den Kongress abzuhalten.

Die im vorigen Jahre gewählte Kommission zur Anbahnung einer Regelung der Honorarfragen empfiehlt dem Ausschuss angesichts der grossen Schwierigkeiten auf eine eigene Enquête zu verzichten und es bei der bis jetzt bekannt gewordenen Enquête bewenden zu lassen. Der Ausschuss beschliesst in diesem Sinne und ferner an die Kgl. preuss. Direktionen (einschliesslich Elsass-Lothringens, aber ausschliesslich der Direktionen der ausserpreussischen Bundesstaaten) ein Rundschreiben zu erlassen, worin gebeten wird, die Gehaltsverhältnisse der Bahnärzte zu prüfen und bei zu geringen Honoraren eine Aenderung eintreten zu lassen.

Herr Braehmer zeigt eine dreifach zusammenzuklappende Tragebahre vor, welche sich bequem in die grossen Rettungskästen hineinfügen lässt. Den Rahmen bilden hohle Eisenstangen; dieselben können ebenso gut aus Aluminium oder Holz bestehen. Breite der Bahre 56 cm. Preis 28 Mark.

Braehmer zeigt ausserdem ein Tragetuch, welches sich durch Einfügen von Holzstangen zu kürzeren Transporten geeignet machen lässt.

Nach Schluss der Vorlesungen fanden an den drei Tagen gesellige Vereinigungen statt, an denen sich die vortragenden Herren betheiligten. Schwechten.

Aus Französischen Gesellschaften.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionelle.

Sitzung vom 22. November 1899.

Mr. **Mosny** hat Untersuchungen über die Beziehungen des Typhus zu den Austern angestellt. Er hat den Typhusbacillus selbst nicht in Austern enthalten gefunden, dagegen das Bacterium coli. Dieses hält sich im Innern der Austern ziemlich lange, und seine Existenz daselbst beweist, dass das Wasser, in dem die Austern leben, mit menschlichen Fäkalien verunreinigt ist. Bei einer herrschenden Typhusepidemie würde dies genügen, um den Genuss der Austern zu verbieten.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 5. Dezember 1899.

Mr. **Gautier** weist nach, dass Arsenik beim gesunden Menschen in sehr geringen, doch wägbaren Mengen im Gehirn und der Schilddrüse, in noch geringeren in der Haut vorhanden ist. Es soll eine wichtige Rolle für die Ernährung spielen. G. nimmt an, dass das Arsenik bei gewissen Krankheiten der betr. Organe schwindet, und dass daher in solchen Fällen die Darreichung von Arsenik nützlich ist. Er macht darauf aufmerksam, wie wichtig es für den Gerichtschemiker ist, die Organe, die normalerweise Arsenik enthalten, bei Vergiftungsverdacht nicht mit zu untersuchen.

Mr. Brouardel stimmt ihm hierin bei.

Sitzung vom 30. Januar 1900.

Mr. **Marinesco** stellt einen — milde gesagt — Neurastheniker vor, welcher beim Abschreiben oder auf Diktat nicht anders als Spiegelschrift schreiben kann, das heisst also, um jedes Missverständniss zu vermeiden, eine Schrift, die das Spiegelbild der normalen Schrift darstellt. Er behauptet, das unter einem unwiderstehlichen Zwange zu thun und im Geiste die Schriftbilder eben entsprechend zu sehen.

Sitzung am 26. September 1899.

Mr. **Laborde**, welcher schon seit längerer Zeit eifrig als Wiederbelebungsmittel bei Athmungs- und Herzstillstand rhythmisches Anziehen der Zunge empfiehlt, zeigt in eleganter Weise den Werth der Methode durch ein Thierexperiment: Einem Hunde wird die Luftröhre verschlossen. Nach einiger Zeit steht die Athmung still und man erkennt mit Hilfe der Röntgenstrahlen am Herzen nur noch leise Bewegungen der Herzohren. Wenn jetzt bei fortbestehendem Verschluss der Luftröhre die rhythmischen Traktionen an der Zunge ausgeführt werden, sieht man deutlich, wie das Zwerchfell und das Herz wieder anfangen zu arbeiten.

MM. **Broca, Sapelier** und **Thibaut** berichten über das von ihnen hergestellte Serum gegen den Alkoholismus, (Antiethyline). Sie haben Pferde an Alkoholgenuss gewöhnt, und zunächst festgestellt, dass das Serum solcher Thiere, andern Thieren eingespritzt, die auch bereits Geschmack an dem süssen Gifte gewonnen hatten, einen derartigen Abscheu gegen Alkohol erzeugte, dass sie lieber hungerten und dürsteten, als solchen weiter zu sich nahmen. An menschlichen Säufern fanden sie ihre Erfahrungen bestätigt. Wenigstens verloren Jene den Geschmack an starken Getränken wie Absynth, Eau de vie und Rum, bekamen wieder Appetit und Kraft. Den Geschmack an Wein verloren sie nicht. Wenn der Alkohol schon organische Veränderungen hervorgerufen hatte, so wurden diese durch das Serum allerdings nicht beeinflusst.

Société de Biologie.

Sitzung vom 23. Dezember 1899.

Mr. **Guiast** bespricht die Rolle, die der Spulwurm als Krankheitserreger im menschlichen Darm spielt. Seiner Meinung nach können die Spulwürmer an der Stelle, wo sie sich festsetzen, eine örtliche Entzündung und durch ihren Biss Geschwürsbildung verursachen. Die Geschwüre dienen dann als Eintrittspforte für allerlei Keime, deren weitere Entwickelung zu einem Abscess oder zu verschiedenen Arten von Darmentzündung, unter Umständen selbst zum Typhus führen.

Mr. **P. Violet** hat Meerschweinchen Tuberkelbazillen in die Nasenhöhle eingeimpft. 5 bis 6 Wochen nachher gingen die Thiere an Tuberkulose zu Grunde. V. folgert daraus, dass die Annahme keimtötender Eigenschaften des Nasenschleimes verfehlt sei.

Sitzung vom 6. Januar 1900.

Mr. **Meunier** hat in drei Fällen die Pfeiffer'schen Influenzabazillen als Ursachen von Erkrankungen anderer Organe als der Lungen gefunden, nämlich bei eitriger Rippenfellentzündung, Hirnhautentzündung und Knochenmarkentzündung. Die bakteriologische Untersuchung wurde mit aller Strenge ausgeführt, es ergaben sich üppige Reinkulturen.

Mr. **L. Martin** ist es gelungen bei Kaninchen experimentell durch Influenzakulturen eine Hirnhautentzündung zu erzeugen.

Sitzung vom 24. Februar 1900.

MM. **Roger** und **Garnier** fanden bei einer Frau mit Rachen- und Lungentuberkulose, die wenige Wochen nach der Entbindung gestorben war, Tuberkelbazillen in der Milch, ohne dass die Brustdrüse selbst erkrankt war. Die Frau hatte versucht, ihr Kind zu stillen, es starb nach 6 Wochen und wies Tuberkel in den Gekrösdrüsen und Nieren, der Milz und Leber

auf. Entgegen den Behauptungen verschiedener Autoren kann also, ohne Erkrankung der Brustdrüse selbst, die Milch tuberkulöser Frauen die Tuberkulose auf die Nachkommenschaft übertragen.

Société Medicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 1. Dezember 1899.

Mr. **Rénon** beobachtete eine häutige, durch Schimmelpilze verursachte Luftröhrenentzündung. Eine Getreidesortirerin klagte seit mehreren Jahren über einen schimmligen Geschmack im Munde. Im letzten Jahre erkrankte sie an Luftröhrenentzündung und hustete grünlich weisse nicht verzweigte Membranen aus, die ausschliesslich aus Schimmelpilzen (aspergillus fumigatus) bestanden. Nach Impfversuchen, die R. gemacht hat, unterliegt es keinem Zweifel, dass die aus dem Staub des Getreides stammenden Pilze die Krankheit verursacht haben.

Sitzung vom 8. Dezember 1899.

Mr. **Petit** stellt einen Mann mit chronischer Bleivergiftung vor, bei dem sich gleichzeitig eine Entzündung der Ohrspeicheldrüse findet. Vortr. ist der Meinung, dass das durch die Speicheldrüsen ausgeschiedene Blei die Entzündung verursacht hat.

Sitzung vom 19. Januar 1900.

Mr. **Roubinovith** berichtet über einen Fall von Eserin-Rausch. Ein alter Mann mit doppelseitigem Glaucom, der seit Jahren zweimal täglich Einträufelungen mit Eserin bekommt, zeigt seit 8 Monaten nach Verabfolgung von 1 mgr. des Giftes folgende eigenthümliche Störungen: Die Temperatur steigt ein wenig an, der Puls wird etwas rascher und setzt manchmal aus, in den Gliedmassen treten Krämpfe auf. Gleichzeitig verliert der Kranke das genaue Gefühl für die Lage und Stellung seines Körpers, Sinnestäuschungen des Gesichts und Gefühls und wahnhafte Vorstellungen machen sich geltend. Da Eserin ausser alledem bei Leuten mit entarteten Gefässen durch die verengernde Wirkung, die es auf die kleinsten Gefässe ausübt, eine Disposition zu Hirnblutungen schafft, muss seine Anwendung bei Greisen bedenklich erscheinen.

Sitzung vom 9. März 1900.

Mr. **Lesage** theilt das Ergebniss seiner Studien über den Erreger der Masern mit. Er hat Nasenschleim von Masernkranken Kaninchen unter die Haut gespritzt. Hierauf entwickelte sich ein einziger bestimmter Bacillus im Blute der Thiere. Dieser selbe Pilz kann aus dem Blute und bei Bronchopneumonieen aus dem Auswurf der kranken Kinder gezüchtet werden. Er ist für Kaninchen sehr schädlich. Im Aussehen hat er eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Influenzabacillus. Ob er wirklich der Erreger der Masern ist, muss zweifelhaft bleiben, da das Experiment am Menschen fehlt.

(Progrès médical).

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Vom Begriff „Erkranktsein".

Entsch. vom 11. Okt. 1899.

Der Arbeiter S. arbeitete am 1. März 1897 im Steinfabrikationsbetriebe von M. zu B. Am 2. desselben Monats legte er aber wegen Unwohlseins die Arbeit wieder nieder und wurde dann an Unterleibstyphus vom 8. März bis 10. Mai 1897 im städtischen Krankenhause zu H. ärztlich behandelt und verpflegt. Die entstandenen Kosten erstattete der Ortsarmenverband T. dem Magistrat von H., da S. in T. seinen Unterstützungswohnsitz hatte. Der auf Entschädigung gegen die Krankenkasse des Betriebes von M. gerichteten Klage gab der Bezirksausschuss dahin statt, dass er die Krankenkasse zur Zahlung von 84 Mark verurtheilte. Die Kasse legte gegen diese Entscheidung Revision ein, welche aber vom Oberverwaltungsgericht zurückgewiesen wurde, indem u. A. ausgeführt wurde: Es ist allerdings nicht richtig, wenn der Bezirksausschuss ausführt, es sei unerheblich, ob der Keim zu der Krankheit des S. bereits in dem vorhergehenden Arbeitsverhältniss vorhanden war, da ein Erkranktsein im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes erst mit dem Augenblicke vorliege, wo ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werde. Denn nach dem Krankenversicherungsgesetz beginnt eine Krankheit schon mit dem Zeitpunkt, in welchem zuerst ärztliche Behandlung oder Heilmittel nothwendig werden. Der Irrthum des Vorderrichters bleibt aber für die Sache selbst unwesentlich. Auch wenn der entscheidende Zeitpunkt für S. noch in die Zeit fällt, wo er in F. in Arbeit stand oder nach Aufgabe dieser Arbeit ohne Beschäftigung war, er also an sich entweder nach den §§ 1, 6, 64, oder nach dem § 28 des Krankenversicherungsgesetzes einen Unterstützungsanspruch an die Betriebskrankenkasse in F. erworben hätte, würde er doch unter Verlust dieses Anspruchs einen Unterstützungsanspruch an die Krankenkasse von M. erlangt haben, sobald er durch Eintritt in eine Beschäftigung gegen Lohn im Betriebe von M. versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse von M. wurde. Freilich kann auch nur dann, wenn eine solche Beschäftigung stattgefunden hat ein Unterstützungsanspruch an die beklagte Kasse vorhanden sein. Es kommt daher darauf an, ob S. in einer seine Zwangsmitgliedschaft bei der beklagten Kasse begründenden Weise im Betriebe von M. beschäftigt war. Dies hat der Bezirksausschuss ohne Rechtsirrthum bejaht. M.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust des linken Armes am oberen Drittel.

Rek.-Entsch. v. 10. 5. 99.

Auf dem Zinkwalzwerk Münsterbusch zog sich der Arbeiter Johann K. zu Breinig eine Schnittwunde an der linken Hand zu, in Folge deren sich eine Zellgewebsentzündung und Vereiterung des Hand- und Ellenbogengelenks entwickelte und die Amputation des Armes im oberen Drittel nothwendig wurde. Vom 1. Dezember 1898 ab ist die dem K. zuletzt gewährte Rente für $^2/_3$ Erwerbseinbusse auf $^3/_5$ der Vollrente ermässigt worden. Mit seiner Berufung abgewiesen, legte Kläger Rekurs ein und bestritt, dass in der kurzen Zeit seit dem Unfalle Gewöhnung eingetreten sei, auch entspreche eine Herabsetzung der Rente um nur $6^2/_3$ pCt. nicht den vom Reichs-Versicherungsamt befolgten Grundsätzen. Der Rekurs wurde zurückgewiesen. Gründe:

Nach dem Gutachten des praktischen Arztes Dr. K. vom 23. September 1898 muss mit den Vorinstanzen angenommen werden, dass in dem Zustande des Klägers insofern eine wesentliche Besserung eingetreten ist, als der Kläger sich seit der früheren Untersuchung durch denselben Sachverständigen vom 26. Juni 1898 an den Verlust des linken und den alleinigen Gebrauch des rechten Armes gewöhnt hat. Die Beklagte war mithin berechtigt, die bisherige Rente zu kürzen, und wenn sie nur eine Kürzung von $6^2/_3$ pCt. vornahm und dem Kläger noch eine Rente von 60 pCt. der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit beliess, so hat der Kläger keinen Grund zur Beschwerde. Er ist durch die ihm gewährte Rente völlig ausreichend entschädigt, und war hiernach der Rekurs als unbegründet zurückzuweisen. (Kompass, 1899. No. 20.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Beier, C., Dr. med., Bauske (Curland): Die Untersuchung des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten, Med. Bibl. No. 153—156. Leigzig, C. G. Naumann, 1899. 249 S. Preis 2 M.

Eine ausserordentliche Literaturkenntniss offenbart sich in dem vorliegenden Buche. Als Beispiel braucht blos angeführt zu werden, dass es elf Proben auf Eiweiss und zwölf auf Zucker enthält, und dass es den Nachweis von 47 Arzneimitteln und Giften im Harn bespricht. Hier und da kann man sich freilich nicht verhehlen, dass eine schärfere kritische Sichtung der von den zahlreichen Autoren angegebenen Methoden und aufgestellten Behauptungen den Werth des Buches für den Praktiker, für den es bestimmt ist, gewiss noch erhöht hätte. So ist gerade auf den wichtigsten Gebieten einiges Bedenkliche untergelaufen: z. B. wird trotz Erwähnung der Thatsache, dass Pikrinsäure nicht blos Eiweiss, sondern auch das normaler Weise oft reichlich vorhandene Kreatinin fällt, für die Praxis die Esbach'sche Probe zur quantitativen Eiweissbestimmung empfohlen; die ganz haltlose und veraltete Annahme, dass geschwänzte Zellen für das Epithel des Nierenbeckens charakteristisch sind, wird unbedenklich als richtig hingestellt.

Alles in Allem ist das Buch indessen recht brauchbar.

M. Kaposi. Handatlas der Hautkrankheiten für Studierende und Aerzte. II. Abth. Wien u. Leipzig. Wilhelm Braumüller 1899.

Der soeben erschienene II. Theil des Kaposi'schen Handatlas der Hautkrankheiten umfasst die Affektionen Ichthyosis bis Myomata cutis. Das von seinem Verleger in verschwenderischer Weise ausgestattete Werk liefert eine grosse Folge farbenprächtiger Abbildungen in naturgetreuer Wiedergabe und giebt bei der Fülle des gebotenen Materials ebensowohl dem praktischen Arzt reiche Gelegenheit, seine Kenntnisse aufzufrischen und zu erweitern, als auch dem erfahrenen Dermatologen vielfache Anregung und erhöhte Sicherheit in der Beurtheilung seltener Krankheitsfälle. Bleiben doch selbst demjenigen, welcher an dem Material einer grossen dermatologischen Klinik lange Zeit gearbeitet hat und selbst über eine ausgedehnte Praxis auf diesem Gebiete verfügt, eine Reihe von Hautaffektionen, welche er aus eigener Anschauung nicht kennt, auf deren Vorkommen in der Praxis er aber jeden Augenblick gerüstet sein muss, um gegebenen Falls eine sichere Diagnose stellen zu können. Gerade für diese Fälle dürfte der vorliegende Atlas eine werthvolle Ergänzung der eigenen Erfahrungen liefern. Wir sehen neben den bekannten Formen der Ichthyosis ausgezeichnete Abbildungen von Ichthyosis hystrix (Stachelschweinmensch), von Ichthyosis pterygoides plumiformis (Kaposi) vortreffliche Bilder von Impetigo herpetiformis, von Keratosis nigricans, der verschiedenen Formen der Lepra und des Lichenruber, des Melanosis, der Morphaea und Mycosis fungoides sowie zahlreicher anderer hier nicht aufgeführter Hautaffektionen. So bedarf das Werk nach diesem Ueberblick keiner weiteren Empfehlung. Es wird in dem Bücherschrank keines Dermatologen vermisst werden; aber auch dem praktischen Arzt kann die Anschaffung desselben warm empfohlen werden.

Ledermann.

Tagesgeschichte.

Der Entwurf eines Gesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten

ist dem Reichstage zugegangen.

Nachstehend geben wir die wichtigsten darin enthaltenen Bestimmungen wieder.

Anzeigepflicht.

§ 1. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern),

sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsorts zur Anzeige zu bringen.

§ 2. Zur Anzeige sind verpflichtet:

1) der zugezogene Arzt,
2) der Haushaltungsvorstand,
3) jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4) derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5) der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter No. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

§ 3. Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschliesslich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

§ 4. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

§ 5. Landesrechtliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Durch Beschluss des Bundesraths können die Vorschriften über die Anzeigepflicht (§§ 1 bis 4) auf andere als die im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.

Ermittelung der Krankheit.

§ 6. Die Polizeibehörde muss, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntniss erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. In Nothfällen kann der beamtete Arzt die Ermittelung auch vornehmen, ohne dass ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern ist nach den Bestimmungen des Abs. 1 auch dann zu verfahren, wenn

Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Theile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. So lange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzte Ermittelungen nur im Einverständnisse mit der unteren Verwaltungsbehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

§ 7. Dem beamteten Arzte ist der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch kann bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Oeffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit dies zur Feststellung der Krankheit erforderlich ist.

Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung beizuwohnen.

Die in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu ertheilen.

§ 8. Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmassregeln zu treffen.

§ 9. Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Massregeln anordnen. Der Vorsteher der Ortschaft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mittheilung zu machen.

§ 10. Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, sowie für deren Umgegend kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, dass jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.

Schutzmassregeln.

§ 11. Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmassregeln nach Massgabe der §§ 12 bis 21 polizeilich angeordnet werden.

Die Anfechtung der Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 12. Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen, auch zu diesem Zwecke, sofern sie obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmässig umherziehen, in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte beschränkt werden.

§ 13. Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirks oder für Teile desselben anordnen, dass zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind.

§ 14. Für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden.

Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, dass der Kranke mit anderen als den zu seiner Behandlung und Pflege bestimmten Personen nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit thunlichst ausgeschlossen ist. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die zu diesem Zwecke nothwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerlässlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden. Dasselbe gilt, wenn die Absonderung nach dem Gutachten des beamteten Arztes in anderer Weise nicht durchführbar ist.

Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Abs. 2 sinngemässe Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden, auch sollen ansteckungsverdächtige Personen von krankheitsverdächtigen Personen soweit möglich getrennt bleiben.

Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden.

Für das berufsmässige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden.

§ 15. Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind,

1. hinsichtlich der gewerbsmässigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie hinsichtlich des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Ueberwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Massregeln anzuordnen; die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind,
2. Gegenstände der in No. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetrieb im Umherziehen auszuschliessen,
3. die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung grösserer Menschenmengen mit sich bringen, zu verbieten oder zu beschränken,
4. die in der Schifffahrt, der Flösserei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterwerfen und kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sowie Gegenstände, von denen anzunehmen ist, dass sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, von der Beförderung auszuschliessen,
5. den Schifffahrts- und Flössereiverkehr auf bestimmte Tageszeiten zu beschränken.

§ 16. Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuche fern gehalten werden. Hinsichtlich der sonstigen für die Schulen anzuordnenden Schutzmassregeln bewendet es bei den landesrechtlichen Bestimmungen.

§ 17. In Ortschaften, welche von Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnissanstalten verboten oder beschränkt werden.

§ 18. Die Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit

für unerlässlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten.

§ 19. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, dass sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden.

Für Reisegepäck und Handelswaaren ist bei Aussatz, Cholera und Gelbfieber die Anordnung der Desinfektion nur dann zulässig, wenn die Annahme, dass die Gegenstände mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist.

Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältniss zum Werthe der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

§ 20. Zum Schutze gegen Pest können Massregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderem Ungeziefer angeordnet werden.

§ 21. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an einer gemeingefährlichen Krankheit gestorben sind, können besondere Vorsichtsmassregeln angeordnet werden.

§ 22. Der Bundesrath ist ermächtigt, Bestimmungen über die Ausführung der in den §§ 12 bis 21 vorgesehenen Schutzmassregeln, insbesondere der Desinfektion zu beschliessen.

§ 23. Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden und im Falle ihrer Leistungsunfähigkeit die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten nothwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbringung der erforderlichen Kosten findet die Bestimmung des § 36, Satz 2 Anwendung.

§ 24 [betrifft Quarantänevorschriften. Desgl. § 25 und 26].

§ 27. Der Bundesrath ist ermächtigt, über die bei der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten mit Krankheitserregern zu beobachtenden Vorsichtsmassregeln sowie über den Verkehr mit Krankheitserregern und deren Aufbewahrung Vorschriften zu erlassen.

Entschädigungen.

§§ 28—37 enthalten Vorschriften über die Entschädigung, die für Unbrauchbarmachung von Gegenständen bei Gelegenheit der Desinfektion an die Eigenthümer zu zahlen sind.

Allgemeine Vorschriften.

§ 34. Die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirthschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsschädlichen Missstände Sorge zu tragen. Sie können zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit angehalten werden.

Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht.

§ 35. Beamtete Aerzte im Sinne dieses Gesetzes sind Aerzte, welche vom Staate angestellt sind oder deren Anstellung mit Zustimmung des Staates erfolgt ist.

An Stelle der beamteten Aerzte können im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen andere Aerzte zugezogen werden. Die letzteren sind innerhalb des ihnen ertheilten Auftrages befugt und verpflichtet, diejenigen Amtsverrichtungen wahrzunehmen, welche in diesem Gesetz oder in den hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen den beamteten Aerzten übertragen sind.

§ 36. Die Anordnung und Leitung der Abwehr- und Unterdrückungsmassregeln liegt den Landesregierungen und deren Organen ob. Die Zuständigkeit der Behörden und die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht. Die Landesregierungen bestimmen, welche Körperschaften unter der Bezeichnung Gemeinde, weiterer Kommunalverband und kommunale Körperschaft zu verstehen sind.

§ 37. Die Behörden der Bundesstaaten sind verpflichtet, sich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gegenseitig zu unterstützen.

§ 38. [Betrifft die Zuständigkeit der Heeres- und Marineverwaltung für Massregeln im Bereich des Heeres und der Marine.]

§ 40. Dem Reichskanzler liegt ob, die Ausführung dieses Gesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Anordnungen zu überwachen.

Wenn zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten Massregeln erforderlich sind, von welchen die Gebiete mehrerer Bundesstaaten betroffen werden, so hat der Reichskanzler oder ein von ihm bestellter Kommissar für Herstellung und Erhaltung der Einheit in den Anordnungen der Landesbehörden zu sorgen und zu diesem Behufe das Erforderliche zu bestimmen, in dringenden Fällen auch die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen zu versehen.

§ 41. Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen. Der Bundesrath ist ermächtigt, zu bestimmen, inwieweit im späteren Verlauf dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Mittheilungen über Erkrankungs- und Todesfälle zu machen sind.

§ 42. In Verbindung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamte wird ein Reichsgesundheitsrath gebildet. Die Geschäftsordnung wird vom Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrathes festgestellt. Die Mitglieder werden vom Bundesrathe gewählt.

Der Reichsgesundheitsrath hat das Gesundheitsamt bei der Erfüllung der diesem Amte zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Er ist befugt, den Landes behörden auf Ansuchen Rath zu ertheilen. Er kann sich, um Auskunft zu erhalten, mit den ihm zu diesem Zwecke zu bezeichnenden Landesbehörden unmittelbar in Verbindung setzen, sowie Vertreter absenden, welche unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörden Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen.

Strafvorschriften.

§ 43. Mit Gefängniss bis zu zwei Jahren wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an Andere überlässt oder sonst in Verkehr bringt;

2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an Andere überlässt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den auf Grund des § 22 vom Bundesrathe beschlossenen Bestimmungen entsprechend desinfizirt worden sind;

3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Geräthschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in No. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder Anderen zur Benutzung überlässt.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe bis zu 1500 Mark erkannt werden.

Ist in Folge der Handlung ein Anderer von der Krankheit ergriffen worden, so tritt Gefängnissstrafe von drei Monaten bis zu drei Jahren ein. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann die Strafe bis auf eine Woche Gefängniss ermässigt werden.

§§ 44 u. 45. [Geldstrafen von 10—150 Mark werden für geringere Vergehen (gegen die Anzeigepflicht, die polizeilichen Anordnungen etc.) vorgesehen.]

Schlussbestimmungen.

§ 46. Landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Der erste Blick auf den Gesetzentwurf lehrt, dass das Ideal eines Reichsseuchengesetzes durch ihn nicht verwirklicht wird. Die verbündeten Regierungen haben, wie es (nach der Voss. Ztg.) in der Begründung des Entwurfs heisst, zwar erwogen, ob nicht noch weitere, zuweilen gleichfalls in bösartiger Form auftretende ansteckende Krankheiten in den Gesetzentwurf einbezogen werden sollten (zunächst Rückfallfieber und Ruhr, in zweiter Linie Darmtyphus, Diphtherie, Scharlach und Kindbettfieber). Doch ist hiervon abgesehen worden, weil diese Erkrankungen nicht den Charakter von eigentlichen Volksseuchen haben, vielmehr zumeist nur in beschränktem Umfange an einzelnen Orten und in bestimmten Gegenden auftreten und zu ihrer Bekämpfung nicht Massnahmen erheischen, die sich über das ganze Reichsgebiet erstrecken." Die Abwehr dieser Krankheiten soll also nach wie vor den Landesregierungen überlassen bleiben. Für sie gilt in Preussen laut § 46 das Regulativ von 1835 unentwegt weiter. Von der Lungentuberkulose und den Geschlechtskrankheiten, deren gemeingefährliche Bedeutung für das ganze Reichsgebiet ausser Frage steht, ist im Entwurf nicht die Rede.

Bedeutsam ist die Schöpfung eines Reichsgesundheitsraths. Dieser soll eine unabhängige, dem Einfluss einzelner Verwaltungsstellen entzogene Behörde bilden, die nicht blos im Rahmen des vorliegenden Gesetzes, sondern auch in andern Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens sich bethätigen. Z. B. soll in ihr das Kollegium der ausserordentlichen Mitglieder des Reichsgesundheitsamts und die beim Amte bestehende Kommission zur Bearbeitung des Deutschen Arzneibuches aufgehen. Der Reichsgesundheitsrath soll eine Vereinigung hervorragender Hygieniker und Techniker sein, deren Zusammensetzung alle einseitigen Massnahmen verhüten und die Zweckmässigkeit der gesundheitspolizeilichen Neuerungen verbürgen soll

Wir behalten uns vor, auf die Einzelheiten des wichtigen Gesetzentwurfes noch näher einzugehen.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preussen.

Wie den meisten Lesern dieser Zeitschrift bekannt sein dürfte, hat das Preussische Kultusministerium zum Zwecke einer umfassenden statistischen Erhebung durch Vermittelung der Aerztekammern sämmtliche Aerzte Preussens um Angaben darüber ersucht, wieviel geschlechtskranke Personen sich am 30. April 1900 in der Behandlung jedes Einzelnen befinden.

Bezüglich dieser Statistik ergreift in der Berliner Klin.-Wochenschrift Blaschko „in zwölfter Stunde" das Wort, um Rathschläge zu ertheilen, mit deren Hilfe grosse Fehlerquellen, die der Statistik anhaften können, vermieden werden sollen.

Nach dem Wortlaut der ministeriellen Verordnung sollen die Aerzte alle seit dem 1. April behandelten und noch in Behandlung befindlichen Personen angeben. Woher weiss aber der Arzt in der Privatpraxis immer, ob ein oder der andere Patient noch in seiner Behandlung steht? Es würde eine ganz willkürliche Zusammenstellung herauskommen, wenn der eine Arzt Patienten, die sich etwa 4 Wochen nicht haben sehen lassen, in sein Verzeichniss mit aufnähme, der andere solche wegliesse. Blaschko räth daher zu folgendem Modus:

Jeder im Laufe des April behandelte Geschlechtskranke — gleichgiltig ob er auch früher schon behandelt worden ist oder nicht — wird in die entsprechende Rubrik des Fragebogens eingetragen, und zwar zur Vermeidung von Doppel-Eintragungen nicht durch einen einfachen Strich, sondern mit Namen oder — was unbedenklicher sein dürfte — Buchnummer. Nach dem 30. IV. werden diejenigen Kranken, die nachweislich geheilt oder einem andern Arzte bezw. einem Krankenhause zugegangen sind oder den Wohnort verlassen haben oder gestorben sind, gelöscht.

So vermeidet man einige bedeutende Irrthümer.

Von der Gewissenhaftigkeit der Kollegen hängt es ab, ob die Erhebungen zu einem zuverlässigen Ergebniss führen werden und ob sie demgemäss als Grundlage für die in Aussicht genommenen Reformen werden dienen können.

Wir schliessen uns dem verdienstvollen Verfasser in der dringenden Bitte an, dass die preussischen Aerzte sämmtlich recht genaue Angaben zu dieser Enquête liefern möchten.

Neue Zeitschrift.

Eine Vierteljahrsschrift zur wissenschaftlichen Erörterung der Alkoholfrage unter dem Titel „Der Alkoholismus" ist von den Herren Geh. San.-Rath Baer-Berlin, Prof. Dr. Böhmert-Dresden, Oberverwaltungsgerichtsrath Dr. von Strauss und Torney-Berlin und Dr. med. Waldschmidt-Charlottenburg begründet worden. Das uns vorliegende erste Heft enthält eine Reihe lesenswerther Abhandlungen von Aerzten und Laien.

Der Aerztliche Klub von Berlin

ersucht uns um Aufnahme der Mittheilung, dass auswärtige Aerzte, die sich vorübergehend in Berlin aufhalten, an jedem Mittwochabend im Klub, Central-Hôtel, Eingang Georgenstrasse, als Gäste willkommen sind.

Anzeigepflicht für Schälblasen.

Das Berliner Polizei-Präsidium, welches schon im Jahre 1896 den Hebammen Verhaltungsmassregeln bei Fällen von Schälblasen (Pemphigus neonatorum) vorgeschrieben hat, (Jahrg. 1897 dieser Ztschr. S. 64) ordnet neuerdings an, dass die Hebammen jeden in ihrer Praxis vorkommenden Fall dieser Krankheit dem zuständigen Bezirksphysikus anzuzeigen und sich beim Auftreten mehrerer Fälle der Ausübung ihres Berufes so lange zu enthalten haben, bis sie von dem Physikus Verhaltungsmassregeln bekommen. Ausserdem ist jeder Erkrankungsfall in ein Tagebuch einzutragen und auf die Zuziehung eines Arztes zu dringen.

Die 25. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

wird vom 12.—15. September 1900 in Trier abgehalten werden. In Aussicht genommen sind folgende Verhandlungsgegenstände:

1. Massnahmen zur Bekämpfung der Pest.
2. Die kleinen Wohnungen in Städten, ihre Beschaffung und Verbesserung.
3. Wasserversorgung mittelst Thalsperren in gesundheitlicher Beziehung.
4. Ursachen und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit.
5. Hygiene des Fahrrads.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker — Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann — Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann — prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. — № 9. — Ausgegeben am 1. Mai.

Inhalt:

Zur Kenntniss der traumatischen Perityphlitis.

Von
Prof. Dr. **Fürbringer**-Berlin.

Bei der erdrückend reichen Literatur der Blinddarmentzündung und der nicht allzu kurzen Frist, die seit Einführung der Unfallsgesetzgebung verflossen, muss die stiefmütterliche Behandlung der traumatischen Form der Krankheit Befremden erregen. Dies um so mehr, als die Thatsache der Entstehung derselben aus Anlass von Unfällen seit Jahren als erwiesen gelten muss. Insbesondere verlautet in den gangbaren klinischen Lehrbüchern über unser Thema*) wenig oder gar nichts. Noch die meiste Berücksichtigung lässt ihm wohl Pribram in der neuesten Bearbeitung der Krankheiten des Darmes im 2. Bande des Ebstein-Schwalbe'schen Handbuchs der praktischen Medizin (1899) angedeihen. Dieser Autor schreibt dem Trauma „grössere Bedeutung" zu, nachdem er oft einen Stoss gegen die Unterbauchgegend, zumal bei Bewegungsspielen, hat beschuldigen hören, und weist auf die Möglichkeit der Herbeiführung perityphlitischer Erkrankung schon durch ein geringes Trauma auf dem Wege einer Perforation oder Lösung von Adhäsionen bei bereits vorhandener Entzündung des Wurmfortsatzes. Da für ihn die Rolle des Traumas als Gelegenheitsursache selbstverständlich, wird für solche Fälle die Entschädigungspflicht in Bezug auf die Unfallversicherung — nicht die Verantwortlichkeit in Straffällen — bejaht. Eine ähnliche, aber etwas weniger liberale Haltung bewahrt Nothnagel in seiner nur ein Jahr älteren Darstellung der „Skolikoiditis und Perityphlitis" im 17. Bande seines bekannten Sammelwerks; er giebt die Möglichkeit einer gelegentlichen Beschleunigung der Krankheit durch starke Körperanstrengungen, Erschütterungen oder die Iliocöcalgegend direkt treffende Gewalteinwirkungen zu, hebt indess hervor, dass das Trauma hier die eigentliche Krankheit nicht veranlasst hat. Auch das seltene Vorkommen eines ähnlichen Krankheitsbildes durch Einwirken des Traumas auf einen gesunden Appendix wird als möglich nicht geleugnet, doch eine Uebereinstimmung des Prozesses mit der gewöhnlichen Perityphlitis abgelehnt.

Auch unsere speziellen Lehrbücher der Unfallerkrankungen fertigen unser Thema relativ kurz und zum Theil in abweichender Auffassung ab. So hebt Thiem (1898) bei eingehender Behandlung der eigentlichen Darmentzündungen die

*) Wir haben hier nur die bekannten schweren, freilich nicht obligaten (Sonnenburg) Folgezustände der durch bakterielle Nekrose bedingten Entzündung des Wurmfortsatzes im Sinne, für welche letztere leider noch immer die hybride, das Sprachgefühl beleidigende Bezeichnung „Appendicitis" (Fitz) mehr beliebt wird, als die von Nothnagel und Küster vorgeschlagenen Namen „Skolikoiditis" und „Epityphlitis". Es scheidet also Alles aus, was nicht mit dieser Form von Perityphlitis zu thun hat.

Seltenheit hervor, mit welcher Träger perityphlitischer Eiterherde in der Lage sind, Betriebsarbeiten vorzunehmen, weshalb es ihm fraglich erscheint, ob hier sekundäre Perforativperitonitiden als Unfallsfolgen aufzufassen sein werden. L. Becker hingegen spricht direkt von traumatischer Perityphlitis, auf die einschlägigen Berichte von F. Epstein verweisend, in denen auch der Wurmfortsatz als Ausgangspunkt unserer Krankheit eine Rolle spielt. Ich habe diese Arbeit, eine Leipziger Dissertation (1894), welche über innere Erkrankungen des Intestinaltractus, speziell des Darmes, nach Unterleibstraumen sich verbreitet, eingesehen und finde nicht weniger als sechs bemerkenswerthe, unser Thema betreffende Fälle aus der Breslauer medizinischen Klinik beschrieben, darunter einige typische, die einen Zweifel an der Abhängigkeit von den Traumen nicht wohl zulassen. Letztere waren gegeben in Stössen gegen den rechten Unterleib seitens eiserner Bettstellenfüsse beim Transport, Sturz von der Treppe mit Ueberschlagen, Fusstritten, Schlag mit einer Feuerzange ins Abdomen und Hinwerfen. Einige gleichsinnige, vom Autor mitgetheilte fremde Beobachtungen (Stanley, Belluzzi, Bergstrand und Späth) scheinen, so weit die Referate einen Schluss zulassen, grossen Theils bezüglich des traumatischen Ursprungs und der Natur des Leidens gleichfalls einwandsfrei. Epstein hat es sich auch angelegen sein lassen, dem Wie der traumatischen Entstehung unserer Krankheit näher zu treten. Von der durch die Kompression des aufgeblähten Blinddarmes veranlassten Ruptur der Serosa und Muscularis abgesehen, welche die Schleimhaut ihres schützenden Ueberzuges beraubt und einen exakten Abschluss der Mikroorganismen des Darminhalts vom Peritoneum aufhebt, kommt eine primäre Läsion der Schleimhaut durch Fremdkörper und eine Quetschung der Darmwand überhaupt in Betracht. Beides leistet der Mikroorganismendurchwanderung des Gewebes Vorschub. Wie weit diese Theorien mit dem Wurmfortsatz als primärem Ausgangspunkt der Krankheit rechnen, also auf eine Trennung der Prozesse im Sinne der Nothnagel'schen Anschauung (s. o.) dabei Bedacht genommen wird, ist nicht recht ersichtlich. Dasselbe gilt von dem durch Uhl in einer Würzburger Dissertation (1887) beschriebenen, Epstein entgangenen, v. Leube'schen Falle von Perityphlitis traumatica. Bemerkenswerth ist hier die eigens erwähnte vollständige, mit regelmässigem Stuhlgang einhergehende Gesundheit des Patienten, eines kräftigen, 25jährigen Büttners, vor dem Unfall. Letzterer kam dadurch zu Stande, dass beim Versuch, ein 120 Liter Liqueur enthaltendes Fass auf eine Rampe zu heben, dasselbe zurückprallte und den Unterleib traf. Lediglich die Ueberanstrengung beim Heben eines schweren Steines wird in dem Handbuch der Unfallverletzungen von C. Kaufmann (1897) als wahrscheinliche Ursache (gemäss Obergutachten) einer tödtlichen Blinddarmentzündung aufgeführt.

Endlich behandelt R. Stern unser Thema im Schlussheft seiner klinischen Studien über traumatische Entstehung innerer Krankheiten (1900) und zwar am eingehendsten. Werthvoll ist die gesammelte, zum Theil durch die Autopsie oder Laparotomie kontrolirte Kasuistik, an welcher Delorme, Février, Jalaquir, Mugnier, Späth und Nimier Theil haben. Als Traumen finden sich verzeichnet Fusstritte und Hufschläge in die rechte Bauchseite bezw. unterhalb des Nabels, Sturz mit dem Abdomen gegen eine Brettecke und Fall aus der Höhe direkt auf den Bauch. In allen Fällen war das klinische Bild der Perityphlitis gegeben, allein nicht immer hatte sich der Wurmfortsatz als primärer Heerd der Krankheit erwiesen, vielmehr letztere auch von Läsionen des Coecums und selbst einer benachbarten Dünndarmschlinge ihren Ausgang genommen; der Autor belegt deshalb eine weitere Zusammenstellung in Tabellenform, an welcher sich auch zum Theil die von uns oben erwähnten Fälle betheiligen, vorsichtiger Weise mit dem Sammelnamen der Peritonitis circumscripta fossae iliacae dextrae. Für Stern liegt kein Grund zur Annahme vor, dass der normale Wurmfortsatz besonders leicht von einem Trauma getroffen werden könnte, weshalb er, zumal in Hinsicht auf die Häufigkeit latent verlaufender Entzündungen des Appendix, die Umwandlung des letzteren in eine akute Entzündung durch das Trauma besonders mit Ausgang in Perforation in den Vordergrund stellt.

Man sieht, dass über traumatische Blinddarmentzündung mehr beobachtet und gearbeitet worden ist, als man nach den lehrbuchmässigen klinischen Darstellungen vermeinen möchte. Freilich darf man auch unter der Voraussetzung, dass dem aufmerksamen Späher in der Literatur noch so mancher sichere Fall aufstossen würde, von einer relativen Häufigkeit nicht entfernt sprechen. Das wird auch dadurch illustrirt, dass sorgfältige Beobachter in der Anamnese nur ganz ausnahmsweise von Traumen zu hören bekommen; so begegneten Körte und Borchardt (Mittheil. a. d. Grenzgebieten II, 1897) in 150 Fällen nur dreimal Berichten von Unfällen (Stemmen eines Drillbohrers, Stoss vor den Leib); nach dem Sanitätsbericht über die Preussische Armee (1892—94) waren 30 von 533 Fällen von Blinddarmentzündung Traumen (Quetschungen des Bauches, intensive Erschütterungen etc.) voraufgegangen. Wir selbst erinnern uns derlei Angaben bei einem nicht kleinen Material in noch weit geringerer Frequenz. Es muss also die traumatische Perityphlitis als seltene Krankheit gelten und diese Seltenheit des Vorkommens dürfte im Verein mit der unter Umständen noch immer schwierigen Entscheidung in Entschädigungs- und Straffällen die Fortsetzung der Kasuistik durch Veröffentlichung neuen Materials in gedrängter Form rechtfertigen. Ihr sollen einige Bemerkungen über den vermuthlichen Mechanismus der traumatischen Entstehung der Krankheit folgen.

Es handelt sich zunächst um drei Fälle, in denen der Zusammenhang der Krankheit mit dem erlittenen Unfall bejaht werden konnte bezw. weit überwiegende Wahrscheinlichkeit für ihn sprach. Ich wünschte wohl, dass hier und da eine korrektere bezw. sicherere Grundlage des Urtheils gegeben gewesen wäre, als die Umstände des Falles es zugelassen.

Der erste Fall betrifft einen 50jährigen Kaufmann, an dessen Krankenbett ich vom San.-Rath H. gerufen worden. Der tödtliche Ausgang der Krankheit hatte dann eine Versicherungsgesellschaft veranlasst, sich auch an mich zu wenden. Nach glaubhaften Angaben hatte der Kranke vier Tage vor der Konsultation etwa eine halbe Stunde nach dem Heben einer etwa 70 Pfund schweren Kiste über Schmerzen im rechten Unterleib geklagt. Von Stund an entwickelte sich, woran der Inhalt der Beobachtung des behandelnden Arztes nicht zweifeln lassen konnte, allmählich eine richtige Perityphlitis. Ich selbst fand bereits die Zeichen einer diffusen Peritonitis mit aufgetriebenem stark gespanntem Leib, fortwährendem Aufstossen und Erbrechen, Fieber, schnellem Pulse vor. Tod nach einigen Tagen. Mein Gutachten lautete u. A.: Ist an dem Zusammenhange der tödtlichen Bauchfellentzündung mit der Blinddarmentzündung nicht wohl zu zweifeln, so bedarf die Frage der Veranlassung der letzteren durch das Heben einer besonderen Erörterung. Nach dem ganzen Charakter und Verlauf der Krankheit muss vorausgesetzt werden, dass es sich um einen Durchbruch im Wurmfortsatz des Blinddarms gehandelt hat. Ein gesunder Darm aber erleidet aus Anlass des Hebens einer noch so schweren Last keine Zusammenhangstrennung. Insoweit muss ich der Anschauung des Vertrauensarztes beitreten. Allein es geht

nicht an, den gefragten Zusammenhang aus diesem Grunde schlicht abzulehnen, insofern die Möglichkeit vorliegt, dass unter der Einwirkung der offenbar in bedeutendem Masse in Anspruch genommenen Bauchpresse Darminhalt aus dem Blinddarm in den Wurmfortsatz gedrungen, eingedrückt worden ist und — unter Einwirkung einer Schleimhautverletzung — die Entzündung bezw. zum Durchbruch führende Geschwürsbildung auf dem Wege des Bakterienfrasses eingeleitet hat. Dass der Kranke schon vor dem „Unfall" an Blinddarmentzündung gelitten bezw. eine durch Geschwürsbildung veranlasste dünne Stelle in seinem Wurmfortsatz beherbergt habe, welche durch die Bauchpresse zum Platzen gebracht worden, ist unwahrscheinlich: Ich kann mir kaum vorstellen, dass ein mit der genannten Darmentzündung behafteter Patient ganz beschwerdefrei bezw. in der Lage gewesen, sich noch mit schwerem Kistenheben abzugeben. Vorstehende Erwägungen gelten nur unter der Voraussetzung, dass die Angaben über das Gewicht der Last und die Kontinuität der Erscheinungen den Thatsachen im Wesentlichen entsprechen; aber auch unter dieser Bedingung ist der Zusammenhang nur als wahrscheinlicher, nicht als erwiesener anzusehen, ein zufälliges Zusammentreffen nicht unbedingt auszuschliessen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen Schulknaben, bei welchem im Anschluss an eine Züchtigung durch den Klassenlehrer schwere, zum Tode führende Symptome von Perityphlitis und diffuse Bauchfellentzündung in die Erscheinung traten. Die gerichtsärztliche Section ergab eine eitrige Perforativperitonitis. Das eingeforderte Obergutachten, an dem ich als Korreferent betheiligt, ist fast ausschliesslich geistiges Eigenthum meines Kollegen Herrn Medizinalrath Lindner, welcher u. A. etwa Folgendes zum Ausdruck brachte: Der Wurmfortsatz steht als Hohlorgan mit der Höhle des Blinddarms in offener Verbindung. In seinem Innern befindet sich gar nicht so selten etwas Koth ohne jede Beschwerde oder mit mehr oder weniger Reizerscheinungen. Bei Schmerzen liegen die Verhältnisse nicht mehr ganz normal. Bei Verletzung der Schleimhaut als schützender Decke kann es zu ernsteren Erscheinungen kommen. Die Entzündungserreger dringen in die tieferen Schichten ein und in die Bauchhöhle vor. Bei Durchbohrung der Wand, ehe sich schützende Verwachsungen bilden konnten, kommt es zur Bauchfellentzündung, welche meist zum Tode führt. Diese Verhältnisse liegen hier vor. Die Entzündung des Wurmfortsatzes, welche die Durchbohrung veranlasste, ist wenige Stunden nach der Züchtigung entstanden. Es dürfte — mit Rücksicht auf die Schilderung des Krankheitsverlaufes durch die Zeugen — kaum einem Zweifel unterliegen, dass ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Aber nicht die Züchtigung als solche aufs Gesäss ist die Ursache, sondern der Umstand, dass der Knabe mit dem Bauche auf eine Bank gelegt wurde und heftige Abwehrbewegungen (Strampeln und Schlagen mit den Beinen) gemacht wurden. Dadurch entstanden erhebliche Druckschwankungen in der Bauchhöhle, die, zumal der Geprügelte von schlaffen Fasern und seine Bauchdecke wenig widerstandsfähig, auf dem Wege der Erhöhung des Innendrucks im Blinddarm und seinem Anhang geeignet waren, eine Verletzung der Schleimhaut des letzteren zu veranlassen. Es ist dabei gleichgiltig, ob vorher schon Koth im Wurmfortsatz gewesen, in welchem Falle die Schleimhaut für die Verletzung noch leichter zugänglich war, oder solcher erst eingepresst worden. Die Klagen des Knaben über Schmerzen im „Magen" vor der Züchtigung haben ihren Grund möglicherweise in dem früheren Vorhandensein von Koth im Anhang des Blinddarms. Auf Grund vorstehender Erwägungen, denen ich nur beizutreten vermochte, musste der traurige Fall im Sinne der Fragestellung dahin begutachtet werden: Es ist fraglich, ob schon vor der Züchtigung Darminhalt im Wurmfortsatz vorhanden gewesen; die alleinige Ursache der tödtlichen Erkrankung konnte er nicht gebildet haben; vielmehr war letztere eine Folge der Abwehrbewegungen. Also musste ein mittelbarer Zusammenhang anerkannt werden.

Bezüglich des dritten Falles, eine Unfallversicherungssache kann ich mich wesentlich kürzer fassen. Hier hatte eine höhere Behörde von mir ein Obergutachten darüber gewünscht, ob die von einem verstorbenen Kolonisten ausgeführte Arbeit, das Heben und Aufladen von Dünger, eine mitwirkende wesentliche Ursache für seine tödtliche Erkrankung gewesen sei bezw. den Tod wesentlich beschleunigt habe. Bei dem bedauerlichen Abgang einer Obduktion war eine ganz bestimmte Diagnose nicht mehr zu stellen, doch sprach überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, dass es sich um eine Peritonitis mit Darmverschluss oder paralytischem Ileus im Anschluss an eine rückfällige Perityphlitis gehandelt. Unter solchen Umständen musste ich nicht nur die genannte Betriebsthätigkeit als geeignet zur Auslösung der letztgenannten Krankheit bezeichnen, sondern auch mit dem Anschluss der Erscheinungen an das Heben und Aufladen der nicht leichten Lasten einen ursächlichen Zusammenhang im Sinne der Fragestellung begründen. Genügt die mit einer erheblichen und wechselnden Inanspruchnahme der Bauchpresse verbundene Anstrengung schon unter Umständen zur Herbeiführung einer Blinddarmentzündung dadurch, dass der unter erhöhtem Druck stehende Darminhalt in den Wurmfortsatz eingepresst wird und daselbst als bakterienüberladener Fremdkörper stagnirend unter Mithülfe von Schleimhautläsionen nekrotisirende Prozesse anzuregen, um wie viel mehr muss das der Fall bei schon vorausgegangenen Attaquen der zu Rückfällen in erheblichem Grade geneigten Krankheit der Fall sein. Jedenfalls durfte ich der Ueberzeugung Raum geben, dass der Verunglückte ohne die genannte Arbeit eine wesentlich längere Zeit gelebt haben würde.

Hingegen habe ich in einem vierten Fall die Bejahung des Zusammenhanges von Tod und Unfall nicht zu bestätigen gewagt, obwohl der erstere in eindeutiger Weise durch eine diffuse Peritonitis als Folge einer Wurmfortsatzperforation herbeigeführt worden und auch der letztere — Stoss eines Brettes gegen den Rumpf — zu Bedenken nicht Anlass gegeben. Und doch musste ich Anstand nehmen, eine hinreichend wahrscheinliche Abhängigkeit zu konstruiren, da der Durchbruch, das Signal zum Ausbruch der Bauchfellentzündung, erst in der vierten Woche nach dem Unfall vor sich gegangen. Letzterer hatte eine Pleuritis sicca ausgelöst, deren klinische Aeusserungen durch die Blinddarmbeschwerden abgelöst worden waren. Also wohl eine nur zufällige Kontinuität der Erscheinungen.

Ein Rückblick auf die drei „positiven" Fälle lässt zunächst die Art des Traumas bemerkenswerth erscheinen: nicht Gewalteinwirkungen durch Stoss oder Fall, sondern Heben von Lasten bezw. Muskelüberanstrengung durch intensive Bewegung, worauf auch Nothnagel und Kaufmann die Aufmerksamkeit gelenkt. Zum näheren Verständniss des inneren Zusammenhangs solcher Unfälle mit der Krankheit bedarf es vor Allem die Berücksichtigung der Thatsache, dass die Epityphlitis mindestens zwei ursächliche Momente — Anwesenheit von Bakterien und Gewebsverletzung — zur Voraussetzung hat. Freilich kann schon eine kleine Epithelabschürfung, eine Spur Darminhalt genügen. Mit Nachdruck muss aber auf den anscheinend nicht allen Aerzten geläufigen Umstand verwiesen werden, dass nicht nur recht häufig der Anhang des Blinddarms Koth ohne jede Störung beherbergt, sondern dass auch mannigfache Läsionen des Appendix trotz gleichzeitiger Anwesenheit von Darminhalt eine Nekrose nicht zu Stande bringen

müssen. Wie sollte man die am Sektionstische bei grösserem Material immer und immer wieder dem Beobachter entgegentretenden Befunde von Kothsteinen und sonstigen Fremdkörpern mit Verletzungsspuren im Wurmfortsatz, ohne dass im Leben daselbst bemerkenswerthe Entzündungsprozesse abgespielt, anders deuten sollen? Man kann sich da des Eindrucks nicht erwehren, dass noch ein weiterer unbekannter Faktor im Spiele sein müsse, um das wirksame Haften der Entzündungserreger zum obligaten zu gestalten.*) Mir selbst drängt sich der Vergleich mit dem Wunderysipel oder der Hautphlegmone auf. Auch hier bildet offenbar die Zahl der positiven Fälle nur einen Bruchtheil derjenigen, in denen die Infektion ausbleibt, obwohl Eingangspforte und gesetzmässiger Mikroorganismus als getreue Bundesgenossen gegeben sind.

So lange wir aber über diese letzte Instanz in der Genese unserer Krankeit nicht bindende Vorstellungen besitzen, werden wir uns bei der Ergründung der beiden genannten nothwendigen Vorbedingungen als Hauptgrundlagen des Leidens für den Einzelfall zu bescheiden haben. Diese Nachweise werden freilich auch hier in der Unfallpraxis nur spärlich gesät sein, aber der Begriff der Wahrscheinlichkeit pflegt auszureichen.

In unseren Fällen beherrscht, wie bereits in den Gutachten zum Ausdruck gebracht, der intensiv gesteigerte Innendruck des Darmes in Folge übermässiger Inanspruchnahme der Bauchpresse den Mechanismus der Entstehung der Krankheit. Freilich wird man sich unter der Voraussetzung eines gesunden Appendix nicht vorstellen dürfen, dass dieses Moment an sich eine Verletzung herbeizuführen im Stande sei. Der gesunde Darm reisst nur auf richtige Gewalteinwirkungen hin. Aber es begreift sich, dass da, wo bereits Kothsteine oder sonstige Fremdkörper im Blinddarmanhang lagern, durch die Lokomotion dieser Schleimhautverletzungen gesetzt werden können bzw. beim Einpressen solcher Gegenstände aus dem Cavum des Blinddarms unter erhöhtem Druck Wunden — eine geringfügige Abschürfung genügt unter Umständen zum wirksamen Haften der Bakterien — zu entstehen vermögen. Schon der „normale“ Koth kann reich an Einschlüssen sein, geeignet, unter den genannten Bedingungen die Kontinuität der schützenden Epitheldecke zu gefährden.

Dass der auf den Blinddarm ausgeübte Druck in der That im Stande ist, auf dem Wege der Kompression seines Inhalts diesen in den leeren Wurmfortsatz übertreten zu lassen, habe ich, falls diese Möglichkeit wirklich beanstandet werden sollte, durch ein kleines, möglichst einfaches Experiment ohne Weiteres zur Anschauung bringen können. Der mit dem Ende des Ileums und Anfang des Colons herausgeschnittene Blinddarm wurde ausgewaschen, an dem einen Ende abgebunden, mit Farbstofflösung gefüllt und nunmehr ganz abgeschlossen. Ohne Anstand drang letztere, als auf das Organ ein relativ mässiger Druck mit den Fingern ausgeübt wurde, was schon von aussen zu erkennen war, in den leeren Anhang. Beim Aufschneiden des letzteren erwies sich die Schleimhaut in grosser Ausdehnung mit dem Farbstoff imbibirt. Auch bei einem zweiten Versuch, in welchem der Blinddarm mit der Farbstofflösung und Luft mässig angefüllt wurde, war das Uebertreten der ersteren, freilich in nur geringer Menge, nachzuweisen. Es versteht sich von selbst, dass im lebenden Körper das Coecum in offenster Verbindung mit dem Krumm- und Grimmdarm steht; allein der Begriff des geschlossenen Bauchraumes gestattet ohne Weiteres den Vergleich mit dem isolirten und abgebundenen Organ, auf das wir im Experiment, nachdem einmal die Bauchhöhle der Leiche geöffnet, angewiesen sind.

*) Anm. Ich glaube hier u. A. auf die Beurtheilung von „Appendicitisexperimenten“ an Thieren durch Sonnenburg und Mühsam (D. Ztschrift. f. Chirurgie Bd. 55) aufmerksam machen zu sollen. Der Wurmfortsatz des Kaninchens ertrug sehr erhebliche Traumen, ohne dass — trotz bakterieller Schädigungen — nothwendig der menschlichen Krankheit ähnliche Erscheinungen entstanden. Es wird deshalb auch der Werth derartiger Versuche als ein für das Verständniss der Erkrankung beim Menschen nur geringer beurtheilt.

Alles in Allem: der leere Appendix kann aus dem Blinddarm infektiöses Material beziehen, sobald Druck auf den letzteren zur Kompression seines Inhaltes führt.

Endlich muss auf jene offenbar nicht so kleine Kategorie von Fällen verwiesen werden, in denen eine bereits bestehende vorgeschrittene Usur der Appendixwand durch Kothsteine und dergleichen durch die intensiv gesteigerte Bauchpresse aus dem Stadium der Latenz in dasjenige der Perforation mit ihren schweren Folgen übergeführt wird oder das Trauma den Rückfall auslöst.

Fasse ich den Inhalt der einschlägigen Literatur mit demjenigen meiner Beobachtungen zusammen, so führt mich eigene Ueberlegung in mehr oder weniger wesentlicher Uebereinstimmung mit den Autoren zu folgendem Schluss: Mannigfache Unfälle von der Ueberanstrengung bis zur brutalen Gewalteinwirkung können Perityphlitis herbeiführen bezw. die Rolle wesentlich mitwirkender Ursachen derselben spielen. Das geschieht entweder dadurch, dass das Trauma bei bereits latent bestehender Epityphlitis zur Perforation führt, oder dadurch, dass der Koth bezw. Fremdkörper beherbergende Appendix auf dem Wege der Gewebsläsion oder selbst der gesunde und leere Wurmfortsatz durch letztere im Verein mit der Bakterieneinwanderung in Entzündung und Nekrose versetzt wird, die ihrerseits später zur Perityphlitis führt.

Nachtrag: Vorstehendes war der Hauptsache nach bereits niedergeschrieben, als mir im neuesten Heft der Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie (Vl, 1, 2) eine „Epityphlitis traumatica“ betitelte Abhandlung von Dr. Schottmüller und der Lenhartz'schen Abhandlung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses vor Augen kommt. Der Autor giebt eine Schilderung dreier eigener, durch allgemeine Peritonitis komplizirter Fälle, die durch Operation und Sektion in werthvoller Weise sicher gestellt worden. Als Traumen waren wirksam der Stoss einer Deichsel in die rechte Bauchseite, Fusstritte gegen den Leib, Springen in der Turnstunde. In allen drei Fällen fand sich ein Kothstein im Wurm. Verfasser stellt sich vor, dass der Fremdkörper ein „zunächst noch unschädliches“ oder latent verlaufendes Geschwür erzeugt habe, bis das Trauma die Darmwand zerrissen. Selbstverständlich trifft ein solcher Vorgang nur für einen Theil der traumatischen Formen unserer Krankheit zu. Ich verweise auf das Vorstehende. Im Uebrigen wird vom Autor, der mehr das klinische und therapeutische Interesse vertritt, auf die Bedeutung seiner Beobachtungen für die Gesetzgebung nicht eingegangen, die für uns Hauptzweck war.

Ist ein Stelzfuss oder ein künstliches Bein zweckmässiger für den Arbeiter?

Von
Dr. R. Gollmer,
Arzt bei der Gothaer Lebensversicherungsbank.

In No. 21, Jahrgang 1899 dieser Zeitung, Seite 454, findet sich unter „Gerichtliche Entscheidungen“ ein vom Vorstande der Sektion II (Bochum) an das Reichs-Versicherungsamt ge-

richteter Bericht, in dem auf die Zweckmässigkeit von Stelzfüssen gegenüber künstlichen Gliedmassen hingewiesen ist.

Die genannte Sektion, so heisst es fast wörtlich daselbst, habe bisher allen Unfallverletzten, wenn es sich um Verlust einer unteren Extremität handelte, ein künstliches Bein geliefert. Auf Grund zehnjähriger Erfahrungen sei sie jedoch zu der Ueberzeugung gelangt, dass die künstlichen Beine für die auf Verrichtung gröberer Arbeiten angewiesenen Arbeiter keineswegs zweckmässig seien; sie zeigten sich vor allem wenig widerstandsfähig, erforderten grosse Schonung und sorgsame Behandlung, die ihnen ein seinem Berufe nachgehender Arbeiter nicht angedeihen lassen könne, und nöthigten zu fortwährenden umständlichen Reparaturen, die den Amputirten regelmässig für längere Zeit arbeitsunfähig machten. Der Stelzfuss sei erheblich dauerhafter, vertrage die Einwirkung von Feuchtigkeit und lasse sich leicht dem Individuum anpassen, — Eigenschaften, die auch bei sorgsamster Ausführung den künstlichen Beinen nicht gegeben werden könnten. Wiederholt sei daher schon von den mit Begutachtung der Verletzten betrauten Sachverständigen angeregt worden, jenen anstatt des künstlichen Beines, das durch unzweckmässige Behandlung und geringe Widerstandsfähigkeit bereits in kurzer Zeit ruinirt sei, einen einfachen Stelzfuss zu liefern, der den Bedürfnissen der arbeitenden Klasse in höherem Masse Rechnung trage, als ein künstliches Bein, das lediglich ein Zugeständniss an die Eitelkeit der Leute sei. Diese Erfahrungen hätten nach Anhörung ihrer Vertrauensärzte für die Sektion den Anlass gegeben, generell zu beschliessen, den Unfallverletzten fortan keine künstlichen Beine, sondern nur Stelzfüsse zu liefern, sobald nicht besonders geartete Ausnahmefälle vom ärztlichen Standpunkte aus die Beschaffung einer künstlichen Extremität als zweckmässiger erscheinen lassen.

Als Amputirter, der seit 16 Jahren eine Oberschenkelprothese trägt, sich in dieser Zeit zur Genüge mit der Ersatzchirurgie zu beschäftigen und manchen Leidensgefährten zu berathen Gelegenheit gehabt hat, bin ich über das Fiasko der Kunstbeine, wovon jener Beschluss Kunde giebt, und das man leider auch anderswo schon wiederholt erlebt hat, nicht weiter überrascht. Ich finde aber, dass die Faktoren, welche nach meiner Erfahrung allein dafür verantwortlich zu machen sind, in dem Berichte entweder gar nicht oder doch so ungenügend hervorgehoben wurden, dass ich mir im Interesse aller Amputirten nicht versagen kann, diese Lücke auszufüllen. Zu diesem Behufe möchte ich zunächst kurz über die Erlebnisse mit meinen eignen Prothesen berichten. Als für mich seiner Zeit die Frage nach Beschaffung eines Ersatzes für meinen ungefähr in der Mitte amputirten rechten Oberschenkel aktuell wurde, war ich auf dem Gebiete der Ersatzchirurgie vollkommen fremd. Denn ich hatte in meinen klinischen Semestern und in meiner bisherigen Praxis kaum eine Prothese zu Gesicht bekommen, noch viel weniger aber erfahren, welchen Anforderungen eine solche etwa zu genügen habe. Auf den Rath befreundeter Kollegen wandte ich mich in meinem bisherigen Wohnorte an einen Instrumentenmacher und Bandagisten, zu dessen besonderer Empfehlung mir nur gesagt wurde, dass er ein solider, gewissenhafter Mann sei. Die von diesem gelieferte Prothese, die aus Leder, Holz und Stahlschienen, also aus Materialien, die gegen Wärme und Feuchtigkeit ganz verschieden reagiren, bestand, war auf den ersten Blick geradezu tadellos elegant, und meine Freude darüber war nicht gering. Sehr bald bemerkte ich jedoch Beschwerden, die sich daraus erklärten, dass der Rand der Oberschenkelhülse, auf dem der Stumpf aufliegt, hinten dem Sitzbein entsprechend nicht genügend gewulstet und innen für den vorgewölbten Damm unzureichend ausgeschnitten war. Eigene Versuche und die eines Sattlers, — ich hatte mittlerweile ein anderes Domizil gewählt — Besserung und Abhilfe der Beschwerden zu schaffen, hatten kaum Erfolg. Es dauerte auch nicht lange, als sich einige der vielen Schrauben und Schräubchen, mit denen die einzelnen Theile der Prothese zusammengehalten wurden, sich zu lockern anfingen und die wiederholte Inanspruchnahme eines Schlossers erforderten. So waren vielleicht acht Wochen vergangen, bis ich eines schönen Tages, an dem ich in einen Wagen einsteigen wollte und beim Anheben des gesunden Schenkels die Körperlast allein auf der Prothese ruhte, mit dieser zusammenbrach. Dieses Ereigniss genügte natürlich, mein Vertrauen zu einer solchen Prothese vollends zu erschüttern und allerlei Zweifel hinsichtlich der Leistungen der Ersatzchirurgie überhaupt bei mir anzuregen.

Da ich jedoch schon lange genug zu unfreiwilliger Musse verurtheilt gewesen war, galt es, sich aus dieser Enttäuschung schnell aufraffen, und ich entschloss mich, so schwer mir das auch in Rücksicht auf den Kostenpunkt wurde, für eine neue Prothese aus einer anderen Quelle. Auf Anrathen eines mir nahegetretenen an beiden Unterschenkeln amputirten Kriegsinvaliden, wandte ich mich jetzt an eine Firma, die mir und anscheinend auch meinen Freunden bisher nicht einmal dem Namen nach bekannt gewesen war, aber, wie ich jetzt erfuhr, schon nach Hunderten zählende Amputirte namentlich aus den drei letzten Feldzügen mit Prothesen glücklich versorgt hatte und daher als solche in gutem Rufe stand. Und diesen Schritt habe ich erfreulicher Weise niemals zu bereuen gehabt. Seit 1885 habe ich von dort drei Prothesen bezogen, von denen ich die erste, abgesehen von der Zeit, in der unvermeidliche Reparaturen zu erledigen waren, 14 Jahre ausschliesslich getragen habe. Es liegt mir fern, hier eine ins Einzelne gehende Beschreibung derselben geben zu wollen. Erwähnen aber muss ich wenigstens, dass ihre Konstruktion eine höchst sinnreiche, aber dabei doch einfache, durchaus solide und musterhaft saubere ist. Hat bei dem Fusse vorzugsweise leichtes Holz Verwendung gefunden, so bestehen Ober- und Unterschenkel aus gewalztem englischen Eisenblech, das durch seitlich verlaufende fest vernietete Schienen noch besonders verstärkt wird. Dem Hüft-, Knie- und Fussgelenke entsprechend finden sich Stahlgelenke, die der besonderen Haltbarkeit wegen doppelt eingefraist sind. Auf diese Weise erscheint die Prothese wie aus einem Stücke, bietet Garantie für absolute Zuverlässigkeit und macht nur solche Reparaturen nothwendig, wie sie in Folge der Abnutzung nicht zu umgehen sind. Irgend welche Vernachlässigung von seiten des Amputirten würde sich jedenfalls im äusseren Ansehen bemerklich machen, könnte aber kaum die Haltbarkeit gefährden, es müsste denn geradezu absichtlich mit einem groben Instrumente gewaltsam daran herumhantirt werden. Meine derartig konstruirten Prothesen haben im Laufe der Jahre Anforderungen genügen müssen, wie sie ein amputirter Arbeiter kaum höher stellen dürfte, um so weit arbeitsfähig zu sein, dass er das verdienen kann, was an seiner Unfallrente noch zum Lebensunterhalte fehlen sollte. Wenn nun, wie auch unter anderem der eingangs mitgetheilte Beschluss der Sektion II (Bochum) bekundet, bei so vielen anderen Amputirten hinsichtlich der Leistungsfähigkeit ihrer Prothesen so üble Erfahrungen gemacht werden, so ist das für mich nur ein Beweis, dass in der Auswahl derer, die mit der Anfertigung derselben betraut werden, nicht vorsichtig genug verfahren wird. Wie meine eigene Geschichte lehrt, und wie dies auch durch anderweitige Beobachtungen vollends bestätigt wird, pflegt für den in die Ersatzchirurgie Nichteingeweihten das Faktum, dass ein beliebiger Instrumentenmacher die für den ärztlichen Praktiker gebräuchlichsten Instrumente und Bandagen zur Zufriedenheit anzufertigen versteht, auszureichen, ihm auch die Fähigkeit, eine brauchbare Prothese zu konstruiren, zuzutrauen. Es wird nicht danach gefragt, ob der Betreffende schon vorher in nennenswerther Zahl Prothesen geliefert hat, und vor allem, ob die Amputirten, die damit bedacht wurden, auch zufrieden und leistungsfähig sind. Auf

diese Weise findet eine Reihe von Instrumentenmachern, die es an dem nöthigen Selbstbewusstsein nicht fehlen und sich auch ihre Leistungen durchaus wie Künstler bezahlen lassen, fort und fort Gelegenheit, sogen. Kunstbeine in die Welt zu setzen, die nach irgend einem alten Modelle ohne Rücksichtnahme auf besondere körperliche Eigenthümlichkeiten im einzelnen Falle hergestellt sind und das wirkliche Kunstbein beim grossen Publikum und bei den Aerzten in Misskredit bringen, und die Amputirten, die damit beglückt zu werden hofften, kommen aus Enttäuschungen nicht heraus. Bei jeder körperlichen Anstrengung müssen sie empfinden, dass kein Verlass darauf ist, und gleichviel, ob die Behandlung derselben eine schonende ist oder nicht, die grossen und die kleinen Reparaturen nehmen kein Ende.

Giebt es nun eine Abwehr gegen eine solche Misere? Auch darauf giebt, glaube ich, meine Geschichte eine befriedigende Antwort, und sie lautet dahin, dass die Herren Kollegen, die bei Krankenkassen und Berufsgenossenschaften als Sachverständige fungiren, sich nicht die Mühe verdriessen lassen sollten, mit allen Mitteln darauf hinzuarbeiten, dass den Pfuschern, die mit ihren sogen. Kunstbeinen den Amputirten nur eine Kette von Enttäuschungen bereiten, das Handwerk gelegt wird. Vor Allem sollten sie dafür sorgen, dass nicht aus Bequemlichkeits- oder lokalpatriotischen Rücksichten jeder beliebige Instrumentenmacher, wie er heutzutage schon in jeder nicht allzu kleinen Provinzialstadt anzutreffen ist, mit einer so schwierigen Aufgabe, wie es die Konstruktion einer brauchbaren Prothese ist, betraut wird. Denn nirgend mehr hat die Spezialität eine Berechtigung, als auf dem Gebiete der Ersatzchirurgie. Wenn die Herren Kollegen nach dieser Richtung aber erfolgreich thätig sein wollen, ist es freilich Vorbedingung, dass sie sich selbst mit der Ersatzchirurgie einigermassen vertraut machen und die Kriterien einer soliden und brauchbaren Prothese kennen lernen. Zu diesem Behufe dürfte zweifellos der Besuch einer Werkstätte, wo Kunstbeine als Spezialität angefertigt werden, am meisten zu empfehlen sein.

Wenn in der angedeuteten Weise von Seiten der Herren Kollegen und der von ihnen berathenen Vorstände der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften Vorkehrung dahin getroffen wird, dass die ihrer Fürsorge anvertrauten Amputirten von nur bewährten Mechanikern bedient werden, so ist die Frage, ob ein künstliches Bein oder ein Stelzfuss für den Arbeiter zweckmässiger sei, unschwer zu beantworten. Zunächst möchte ich hervorheben, dass ersteres wenigstens in der äusseren Form ein Ersatz des amputirten Gliedes im wahren Sinne des Wortes ist, während letzterer streng genommen nur die Krücke vertritt, indem der Stützpunkt von der Achselhöhle nach der amputirten Extremität selbst verlegt ist. Das Kunstbein ist also, je bequemer es sitzt und je zuverlässiger es erscheint, im Stande, den Amputirten mit der Zeit seine Verstümmelung fast vergessen zu machen und diese so vollständig zu verdecken, dass der Nichteingeweihte, wie ich aus verschiedenen persönlichen Erfahrungen weiss, gar nicht auf den Gedanken kommt, dass es sich um eine Amputation handeln könne.

Im Gegensatz dazu ruft der Amputirte mit dem Stelzfuss, auch wenn er noch so „leichtfüssig" daher schreitet, immer den Eindruck eines Krüppels hervor. Dieser grosse, rein äusserliche Unterschied ist aber schon ein Faktor, dessen Bedeutung selbst für den gewöhnlichen Arbeiter nicht hoch genug zu schätzen ist.

Der Amputirte, der den besten Willen hat, wieder ein erwerbsfähiges Mitglied der menschlichen Gesellschaft zu werden, wird um so schneller seine frühere Lebens- und Erwerbsfreudigkeit zurück gewinnen, wenn er mit Hilfe des Kunstbeins in Stand gesetzt wird, sich wieder unter seinen Mitmenschen ungenirt zu bewegen. Mit dem Stelzfuss hingegen läuft er zumal bei mangelnder Willenstärke Gefahr, aus seiner Verstümmelung Kapital zu schlagen, statt nach geregelter Arbeit zu suchen, die für Gebrechliche immer lukrative Bettelei vorzuziehen und so moralisch vollständig zu verkommen. Es ist also nicht lediglich ein Zugeständniss an die Eitelkeit der Leute, sondern ein vom ethischen Standpunkte höchst verdienstliches Werk, wenn jeder Amputirte, auch wenn er nur ein Arbeiter ist, mit einer Prothese versorgt wird, — gar nicht zu gedenken des Umstandes, dass zugleich Vielen, denen das Wohl und Wehe der Mitmenschen nahe geht, der höchst traurige Anblick der meist noch im besten Mannesalter stehenden und sonst blühende Gesundheit verrathenden Amputirten unmöglich gemacht wird.

Was nun die Leistungen eines Kunstbeins anlangt, so kann selbst bei der vollkommensten Technik von einem Ersatz der Funktionen, wie sie dem natürlichen Muskel-, Bänder- und Gelenkapparat eigen sind, natürlich gar keine Rede sein. Was man aber von einer soliden Prothese erwarten darf, und was auch jede solche leistet, ist, dass sie einen dem natürlichen elastischen Gange möglichst ähnlichen gestattet (bei Oberschenkelamputationen, wenn der Stumpf genügend lang ist, eventuell mit beweglichem Knie), und bei den gewöhnlichsten Terrainschwierigkeiten nicht versagt. Wie unangenehm macht sich dagegen der Stelzfuss bei jedem Schritt durch Erschütterung des ganzen Körpers bemerklich und wie erschwert er das Fortkommen bei seiner geringen Berührungsfläche namentlich auf einem aufgeweichten Erdboden! Wie lästig ist speziell für den Oberschenkelamputirten das Sitzen mit dem Stelzfuss! Um die nächste Umgebung nicht ständig zu belästigen, muss der Amputirte ausschliesslich auf dem halben Gesäss (dem der gesunden Seite) sitzen lernen. Vergisst er das einmal, läuft er unter Umständen Gefahr, Tisch und Stühle umzuwerfen, ganz abgesehen davon, dass der Stelzfuss selbst dabei argen Schaden nehmen kann. Und das ist doch gerade ein Uebelstand, der sich in der engen Behausung eines Arbeiters ganz besonders empfindlich machen muss.

Angesichts der augenscheinlichen Vorzüge eines Kunstbeins will es nicht viel besagen, dass dieses natürlich schwerer ist als ein Stelzfuss. Abgesehen davon, dass das Gewicht schon durch richtige Befestigung der Prothese am Körper weniger bemerkbar gemacht werden kann, wird jedoch der muskelkräftige und an Ueberwindung grösserer Hindernisse gewöhnte Arbeiter nicht besonders darunter zu leiden haben.

Hinsichtlich des letzten Punktes, den ich schliesslich noch kurz berühren möchte, haben das Kunstbein und der Stelzfuss nicht das Mindeste vor einander voraus. Soll der Amputirte nicht auf Schritt und Tritt Unbehagen oder selbst Schmerzen empfinden, müssen Beide hinsichtlich der Polsterung, auf der der Stumpf ruht, und speziell bei der Oberschenkelamputation hinsichtlich des Ausschnittes in der Oberschenkelhülse entsprechend der Dammgegend denselben Anforderungen genügen. Ist hier etwas mangelhaft gearbeitet, so ist der Stelzfuss ebenso unbrauchbar, wie das Kunstbein. Die Behauptung, dass der erstere sich dem Individuum leichter anpassen lasse als der letztere, ist demnach vollständig unzutreffend. Die erwähnte Polsterung ist es natürlich auch, die, eine gleich intensive Benutzung vorausgesetzt, sich bei beiden gleichmässig abnutzt und dementsprechend erneuert werden muss.

Nach diesen Erwägungen pro et contra muss ich mich dahin aussprechen, dass auch für den Arbeiter ein Kunstbein zweckmässiger ist als ein Stelzfuss. Voraussetzung ist dabei

allerdings, dass sich nur bewährte Mechaniker auf dem Gebiete der Ersatzchirurgie bethätigen. Und in der Hand der Herren Kollegen liegt es, auf die von ihnen berathenen Kassenvorstände einzuwirken, dass sie sich vorerst darüber vergewissern, wenn sie die Anschaffung von Prothesen planen. Letzteres ist ja auch schon darum nothwendig, weil bei dem Kunstbein ein viel grösseres Kapital in Betracht kommt. Denn die einmaligen Anschaffungs- und die natürlich unvermeidlichen Reparaturkosten sind ja beträchtlich höher, als beim Stelzfusse. So wichtig aber auch der Kostenpunkt für die verschiedenen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften sein mag, an die von den Versicherten so viele berechtigte und unberechtigte Anforderungen gestellt werden, so darf er doch in der vorliegenden Frage angesichts der grossen Bedeutung des Kunstbeines für den Träger eines solchen nicht ausschlaggebend sein. Als Amputirter, der mit einer Prothese wohl versorgt ist, kann ich daher nur wünschen, dass der eingangs mitgetheilte Beschluss der Sektion II (Bochum) bei dieser selbst in möglichst vielen Ausnahmefällen nicht zur Durchführung komme und vor allem nicht für andere Berufsgenossenschaften und sonstige der Fürsorge Unfallverletzter dienende Vereine vorbildlich werde.

Referate.

Chirurgie.

Weiterer Beitrag zur Frage der Ursache der sogenannten Fussgeschwulst.

Von Oberstabsarzt Dr. Otto Thiele.
(D. Milit.-Aerztl. Ztschr. 1900 No. III.)

Schon im vorigen Jahre berichteten wir über eine Arbeit von militärärztlicher Seite, welche die Angabe enthielt, dass der sogenannten Fussgeschwulst der Soldaten stets der Bruch eines Mittelfussknochens zu Grunde liege. (Jahrg. 1899 Seite 259.) Dasselbe Ergebniss hat auf Grund von 33 neuen Fällen, zu denen 17 frühere kommen, der vorliegende Aufsatz.

Klinisch kennzeichnet sich die Fussgeschwulst durch eine derbe Schwellung über dem zweiten oder dritten, selten dem vierten Mittelfussknochen und durch eine ganz umschriebene Schmerzhaftigkeit über einem bestimmten von diesen Knochen, sowohl bei direktem Druck, als bei Bewegungen der zugehörigen Zehe. Reibegeräusch, abnorme Beweglichkeit, Bluterguss unter die Haut war nur in einer Minderzahl von Fällen vorhanden. Die Röntgendurchleuchtung ergab in etwas mehr als einem Drittel der Fälle eine deutliche Bruchlinie und irgend welche Verschiebung oder Knickung der Bruchenden, manchmal mit Splitterungen. Bei allen Verletzten fühlte man spätestens nach 8—10 Tagen eine ringförmige Knochenverdickung an der früher schmerzhaften Stelle, und mit X-Strahlen liess sich hier ein ringförmiger Schatten um den Knochen nachweisen.

Verf. ist überzeugt, dass zwischen den Fällen mit nachweislicher Knochentrennung und denen mit blos nachträglicher Knochenverdickung nur ein Gradunterschied besteht, dass es sich also bei den Letzgenannten um Knocheneinbrüche handelt, bei denen die Kochenhaut nur wenig verletzt ist und ein Zurückfedern in die normale Stellung erfolgt. U. E. müsste es doch wohl möglich sein, bei sehr guten Röntgenbildern, die am Fusse die feine Struktur des Knochens erkennen lassen, auch in solchen Fällen örtliche Zeichen der frischen Verletzung festzustellen.

In Bezug auf die Diagnose ist zu bemerken, dass nach Ansicht des Verfassers die Durchleuchtung dabei entbehrlich ist. Er beschreibt sogar einen Fall, in dem von vornherein Krepitation fühlbar und doch auf der photographischen Platte kein Bruch nachweisbar war, während nach annähernd fünf Wochen der übliche Schattenring an der gebrochenen Stelle erschien.

Die Verletzungen heilten in sehr verschiedener Zeit, zwischen 2 und 62 Tagen. Massgeblich für die Dauer der Behandlung war die Zeit, welche der Callus gebrauchte, um unempfindlich zu werden. Alle Leute wurden wieder vollkommen dienstfähig.

Wie die Verletzung entstanden war, konnten nur 15 Mann genau angeben. Bald hatten sie den ersten Schmerz beim Treten auf einen Stein oder in eine Vertiefung, bald beim Bergablaufen, beim Springen, beim Aufstehen aus knieender Stellung oder dergl. gehabt. Nicht selten hatte die Verletzung nur geringen Einfluss auf die Marschfähigkeit. Ein Mann mit einem Splitterbruch legte nach dem Unfall noch 30 km zurück. Dass es auch vorkommt, dass der Knochenbruch der ärztlichen Behandlung ganz entgeht, beweist der Fall eines Grenadiers, bei dem ein alter, verheilter Mittelfussbruch erst bei Gelegenheit eines frischen des Nebenknochens entdeckt wurde. Vielleicht liegt es an den verhältnissmässig geringen, bezw. kurz dauernden Beschwerden der Mittelfussbrüche, dass dieselben in bürgerlichen Berufen bisher so viel seltener beschrieben sind.

Die Distorsion des unteren Fussgelenks.

Von Dr. Heinrich Krapf, vorm. Ass. d. Rekonval.-H. f. Unf.-Verl. zu Strassburg i. E.
(M. m. W. 1900 No. 11.)

Das „untere Fussgelenk" setzt sich aus zwei Gelenken, zwischen Sprung- und Fersenbein einer-, Sprung und Würfelbein andererseits zusammen, die gemeinsam eine Bewegung, die Drehung um eine schief von oben vorn nach unten hinten gerichtete Achse bewirken: Hebung des inneren Fussrandes mit Einwärtsrichtung der Fussspitze = Adduction = Supination — Hebung des äusseren mit Auswärtsrichtung = Abduction = Pronation.

Ausser Brüchen der betheiligten Knochen können Verstauchungen dieser Gelenkverbindung zu Stande kommen, die ihre freie Beweglichkeit beeinträchtigen.

Meist handelt es sich um mittelbare Gewalteinwirkungen, etwa bei plötzlichem Umkippen, überkräftigen Pro- oder Supinationsbewegungen. Die Gewalt darf aber nur so stark sein, dass sie sich an den Knöcheln erschöpft, sonst giebt es einen Knöchelbruch. Auch wird für gewöhnlich das untere Gelenk dadurch geschützt, dass durch die Muskeln im Moment der Verletzung der Fuss in einen „starren Hebel" (Hoffa) verwandelt wird.

Eine frische Verstauchung des unteren Fussgelenks kennzeichnet sich durch Unterhautblutung auf einer oder beiden Seiten des Gelenks, starke Druckempfindlichkeit vor oder unter einem der Knöchel und — in Folge des Schmerzes — fast völlige Aufhebung der Pronation und Supination des Fusses (s. o.) bei ungehinderter Beugung und Streckung.

Der Verlauf pflegt unangenehm und hartnäckig zu sein. Irgend welche Störung der seitlichen Bewegungen des Fusses bleibt wohl stets zurück. Da diese Bewegungen dazu da sind, um den Fuss genau dem Erdboden anzupassen und ihn so die Last des Körpers möglichst gut tragen zu lassen, so fühlen sich nach der Distorsion des unteren Fussgelenks die Leute auf unebenem Gelände unsicher, die Stelle des Gelenks thut ihnen dabei weh. Besonders unvorhergesehenes Auftreten auf eine unebene Stelle, etwa gar einen Stein, soll bis zur Unerträglichkeit schmerzen.

Die Behandlung besteht unmittelbar nach der Verletzung

in unbedingter Schonung des Fusses (lange Bettruhe), daneben in Massage. Wenn das Gelenk einige Beweglichkeit erhalten hat, empfiehlt sich später das Tragen einer guten Plattfusssohle bezw. des Marcinowski schen Schienenstiefels, bei völliger Versteifung genügt ein einfacher Schnürschuh. Durch Gewöhnung können die subjektiven Beschwerden mit der Zeit sehr gemindert werden.

Ein durch Laparatomie geheilter Zwerchfellbruch.

Von Dr. med. C. Leuw, gew. Arzt am Cantonspital Glarus.
(Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte 1900, No. 8.)

Die Zwerchfellbrüche sind zum weitaus grössten Theil uneigentliche Hernien: nur bei den angeborenen existirt ein Bruchsack, die erworbenen dagegen, welche immer durch eine Verletzung entstehen, stellen lediglich den Durchtritt eines Eingeweidetheils durch einen Riss im Zwerchfell dar.

Die Erkennung der Zwerchfellbrüche ist im Grossen und Ganzen ungemein schwer. Nach Leichtenstern wurde unter 245 Fällen nur viermal die Diagnose mit Bestimmtheit oder Wahrscheinlichkeit gestellt. Der Arzt wird überhaupt erst zugezogen, wenn Einklemmungserscheinungen vorliegen, und das klinische Bild pflegt dann eben dasselbe zu sein, wie bei andern innern Einklemmungen.

Am einfachsten liegen noch die Verhältnisse bei frischen Verletzungen des Brustkorbs, die mit Zwerchfellwunden einhergehen. Hier liegt es nahe, von der verletzten Stelle aus sich den Weg zu dem sofort vermutheten Zwerchfellriss zu suchen, und in manchen solchen Fällen konnte durch Rückbringung des Bruches und Naht des Risses die Heilung bewirkt werden.

Anders, bei alten oder gar angeborenen Zwerchfellbrüchen. Sie durch die physikalische Untersuchung zu erkennen und ihren Ort zu bestimmen ist keineswegs häufig möglich; besonders bei kleinen Brüchen gelingt es nicht (vergl. den Aufsatz von Hans Kohn im Jahrgg. 1899 d. Ztschr. S. 56). Manchmal wird man allerdings durch Berichte über frische Verletzungen oder durch vorhandene Narben auf den Verdacht gelenkt, dass bei bestehenden Einklemmungserscheinungen ein Zwerchfellbruch zu Grunde liegt.

Einen derartigen Fall beschreibt Verf. Ein Mann der vor $1^1/_2$ Jahren einen Stich in die linke Brust bekommen hatte, ohne dass besondere Krankheitserscheinungen darauf gefolgt waren, erkrankte mit heftigen Schmerzen nach einer an Flüssigkeit reichen Mahlzeit. Er erbrach nur wenig, hatte aber 14 Tage keinen Stuhlgang. Das Allgemeinbefinden litt nicht übermässig. Da es durch kein Mittel gelang, die Verstopfung zu heben, wurde der Bauchschnitt ausgeführt. Es ergab sich, dass eine Dickdarmschlinge durch ein Loch in der Zwerchfellkuppe getreten und hier festgewachsen war. Bei den Bemühungen, das Loch zu erweitern und den Darm freizumachen, trat nur eine Gasblase aus dem geblähten in den zusammengefallenen Theil des Darms über. Die eingeklemmte Schlinge rührte sich nicht. Nebenbei drang Luft in den Brustfellraum. Unter diesen Umständen wurde ein künstlicher After angelegt, merkwürdiger Weise aber stellte sich bald nachher die normale Stuhlentleerung wieder ein, der künstliche After schloss sich und der Patient genass vollkommen. Noch nach $5^1/_2$ Jahren war er gesund.

Wahrscheinlich hatte es sich hier nur um einen Darmwandbruch gehandelt. Vielleicht, so meint der Verfasser, hat die Anheftung des Darms an der Bauchwand seine allmählige Herauszerrung aus der Bruchpforte begünstigt.

Innere Medizin.

Epityphlitis traumatica.

Von Dr. Hugo Schottmüller, Sekundärarzt am Allg. Krankenhause Hamburg-St. Georg.
(Mitth. a. d. Grenzg. d. M. u. Ch.)

Dass stumpfe Verletzungen des Bauches einen Anfall der Blinddarmentzündung auslösen können, ist eine altbekannte Thatsache. Doch bedürfen manche Besonderheiten der traumatischen Wurmfortsatz-Entzündung noch genauerer Erkenntniss.

Verf. hat drei derartige Fälle beobachtet, welche viel Gemeinsames haben und gewisse allgemeine Schlüsse erlauben. Zweimal handelte es sich um anscheinend gesunde Jungen, von denen nur der eine früher einmal Scharlach überstanden hatte. Der eine rannte in eine Wagendeichsel, der andere erhielt von einem Spielgenossen zwei Fusstritte gegen den Leib. Bei Beiden trat nach kurzer Zeit Erbrechen und Fieber ein, der Leib schmerzte stark. Die Aufnahme ins Krankenhaus erfolgte erst drei bezw. zwei Tage später. Bei dem einen Jungen wurde ein Abscess unter dem Zwerchfell, ausgehend von einem Riss des Zwölffingerdarms, angenommen, bei dem andern eine allgemeine Bauchfellentzündung im Anschluss an Darmriss und vielleicht brandige Entzündung des Wurmfortsatzes.

Beide Male ergab die Operation bezw. die bald darauf vorgenommene Leichenöffnung alte Entzündungsvorgänge im Wurmfortsatz, welcher je einen Kothstein enthielt und dessen Wand ganz resp. zum Theil brandig abgestorben war. Von ihm aus hatten sich dann Eiterungsvorgänge über das Bauchfell verbreitet.

Im dritten Falle bestand die Verletzung nur in einem Sprung beim Turnen. Der Verlauf war ähnlich wie bei den anderen.

Die eigentliche Entzündung des Wurmfortsatzes war also bei allen drei Kranken schon lange vorhanden. Von Kothsteinen aus hatten sich Geschwüre der Wandung gebildet. Aber während sich bei ungestörtem Verlauf schützende Verklebungen und Schwarten in der Umgebung hätten bilden können, ehe die Darmwand ganz durchgefressen war, hat die Verletzung der Krankheit eine plötzliche unheilvolle Wendung gegeben. Durch den plötzlichen Ruck, vielleicht auch durch unmittelbaren Stoss auf die Stelle des Steins ist die verdünnte Darmwand eingerissen, und der eitrige Inhalt hat sich graden Weges in die freie Bauchhöhle ergossen. Daher der bösartige Verlauf der vom Verfasser und Andern beobachteten Fälle.

Bei diesen durch Verletzung bedingten Anfällen von Epityphlitis ist eben ihrer anatomischen Eigenart wegen die Forderung sofortigen chirurgischen Eingreifens vollkommen berechtigt. Wenn noch etwas zu retten ist, dann nur auf diese Weise.

Zur rechtzeitigen Erkennung der Krankheit empfiehlt Verf. dringend die Probepunktion, von der er bezw. sein Chef Lenhartz nie einen Schaden, wohl aber in Fällen, wo die übrige Untersuchung versagte, manchmal massgebliche Ergebnisse gesehen habe.

[Vergl. hierzu den Originalaufsatz von Prof. Fürbringer in dieser Nummer.]

Zur Diagnose der durch gewerbliche Staubinhalation hervorgerufenen Lungenveränderungen.

Von Geh.-Rath Prof. Dr. Bäumler-Freiburg i. B.
(M. M. W. 1900. No. 16.)

Die Lungenkrankheiten, die durch Einathmung von Staubtheilchen verschiedenster Art entstehen, können auf den ersten Blick leicht Tuberkulose vortäuschen, da auch bei ihnen meist eiterig-schleimiger Auswurf, schlechte Ernährung, blasses Aus-

sehen und, allerdings neben allgemeinem Luftröhrenkatarrh, Verdichtungserscheinungen in den oberen Lungentheilen vorhanden zu sein pflegen.

Die Staubkrankheiten der Lungen verlaufen aber anders als die Tuberkulose: Die Kranken erholen sich bei zweckmässigem Verhalten und Ausschaltung der Schädlichkeiten rasch; bei langer Dauer oder häufiger Wiederkehr des Leidens dagegen bildet sich oft Lungenblähung mit nachfolgenden Kreislaufsstörungen aus, während gleichzeitig Verwachsungen des Rippenfelles und schwielige Verhärtungen der Lungenspitzen sich entwickeln. Durch sekundäres Eindringen der betr. Krankheitserreger kann allerdings auch Lungentuberkulose früher oder später hinzutreten.

Durch die Entwickelung einer Staubentzündung neben einer schon bestehenden Tuberkulose frühen Stadiums scheint merkwürdiger Weise die Tuberkulose in gewissem Sinne günstig beeinflusst werden zu können, indem eben die schwielige Umwandlung der Krankheitsherde begünstigt wird.

Nach dem Gesagten ist es prognostisch recht wichtig, die durch Staubeinathmung entstandenen Krankheiten rechtzeitig zu erkennen. Verf. glaubt nun, hierfür einen Anhaltspunkt durch die physikalische Untersuchung gefunden zu haben. Während nämlich bei der Tuberkulose nur die Lungenspitzen nachweisbar Schrumpfungserscheinungen zu zeigen pflegen, ziehen sich bei den Staubeinathmungskrankheiten auch die vorderen Ränder der Lungen zurück, sodass unter Umständen der ganze Mittelfellraum von Lungengewebe unbedeckt bleibt. Man findet dann also eine Dämpfung im Bereiche des Brustbeins bezw. noch etwas weiter seitlich. Dieser Befund wird in vielen Fällen im Verein mit den übrigen Ergebnissen der Untersuchung einen Schluss auf die Betheiligung von einfachen Staubeinathmungsfolgen an dem Krankheitszustande ermöglichen.

Vergiftungen.

Zwei Fälle von Vergiftung durch Ballongas.

Von Stabsarzt Dr. Crone in Thorn.

(D. milit.-ärztl. Ztschr. 1900, No. 3.)

Zur Füllung von Luftballons wird bekanntlich Wasserstoffgas benutzt, dass aus Schwefelsäure und Eisenfeilspähnen in der einfachsten Weise hergestellt wird. Da sowohl Schwefelsäure als Eisen nicht selten Arsenik enthält, kann sich dem ungiftigen Wasserstoff sehr leicht der ausserordentlich giftige Arsenwasserstoff beimischen. Unvorsichtiges Hantiren bei der Füllung der Ballons kann daher lebensgefährlich werden.

Ein derartiger Fall ist 1899 in Thorn passirt. Zwei mit der Füllung eines Ballons beauftragte Leute schraubten den Gasschlauch aus Versehen an den Luftsack des Ballons (Ballonet), der noch eine zweite Oeffnung hat. Erst nach etwa 20 Minuten wurde der Irrthum aufgeklärt.

Die Leute hatten Anfangs nur Kopfschmerz, Schwindelgefühl und Beklemmung und sahen bläulich aus. Sie wurden sofort an die frische Luft gebracht und bekamen Herzanregungsmittel, nichtsdestoweniger verschlechterte sich nach kurzer anscheinender Erholung ihr Zustand sehr. Sie wurden am ganzen Körper graugelb bis graubraunroth, es stellten sich Leib- und Kreuzschmerzen, Erbrechen, Muskelunruhe und Fieber ein. Die Urinentleerung stockte, der Stuhlgang wurde durchfällig. Alle angewandten Mittel waren vergeblich, die Leute starben binnen drei resp. fünf Tagen.

Einmal war es gelungen, genügend Harn zur chemischen Untersuchung aufzufangen, derselbe enthielt Arsen.

Bei der Sektion fand sich Blutleere aller Organe, Nierenentzündung und Fettleber. Bei beiden Leichen war an je einer handtellergrossen, grünlich verfärbten Stelle des Magens die Schleimhaut in kleinen Bläschen abgehoben (Leichenerscheinung?). Im Uebrigen waren Magen und Darm unversehrt.

Arsen liess sich sowohl aus den Organen der Verstorbenen wie aus der benutzten Schwefelsäure und den benutzten Eisenfeilspähnen nachweisen.

Ein Fall von Hyoscin-Vergiftung.

Von Dr. Stolle.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 57, Heft 1.)

Ein 33jähriger Verrückter trank eine Hyoscin-Lösung, die das 30fache der Maximalgabe, nämlich 15 mg des Giftes enthielt. Nach dreiviertel Stunden fand man ihn bei getrübtem Bewusstsein mit tiefer schnarchender Athmung und starren äusserst erweiterten Pupillen. Der Puls war kräftig und mässig verlangsamt, die Sprache lallend, zeitweise trat ein krampfartiges Muskelzittern in den Vorderarmen ein.

Der Magen wurde durch Brechmittel und Ausspülung, der Darm durch Eingüsse entleert, ausserdem wurde wiederholt Kampheröl eingespritzt.

Ungemein rasch erholte sich der Kranke. Schon nach vier Stunden konnte er aufrecht gehen und war bei klarem Bewusstsein. Am nächsten Tage waren nur die dürftigsten Spuren einer Erinnerung an das Vorgefallene vorhanden.

Die sehr auffällige Thatsache, dass eine so starke Gabe eines der schwersten Gifte keine schlimmere Wirkung gehabt, hat, ist am wahrscheinlichsten durch die Eigenschaft des Hyoscins, krampfhafte Muskelzusammenziehungen zu bewirken, erklärbar: Nach Aufnahme einer geringen Menge des Giftes in den Kreislauf kontrahirt sich die glatte Muskulatur des Magens und seiner Gefässe, und so wird die Aufsaugung weiterer Flüssigkeitsmengen ganz bedeutend eingeschränkt. Wenn noch während dieser Zeit das Gift entfernt wird, kann das Schlimmste verhütet werden. Sobald aber — was früher oder später eintreten muss — dem Krampf der glatten Muskeln ihre Lähmung folgt, dürfte die Aufnahme tötlicher Giftmengen sehr rasch vor sich gehen.

Neurologie.

Die spinale Ataxie und ihre kompensatorische Bewegungsbehandlung.

Von Dr. Anton Bum-Wien.

(Wiener medizinische Presse. No. 6, 1900.)

Das Wesen der spinalen Ataxie besteht darin, dass die der Erzeugung einer Zweckbewegung dienenden Muskeln sich zwar synergisch zusammenziehen, sich aber unharmonisch, zu schnell, zu kräftig oder zu langsam kontrahiren und durch ihre falsche Kontraktion eine unzeitgemässe Kontraktion der Antagonisten bedingen. Die als spinale Funktion aufzufassende Assoziation ist intakt, gestört ist lediglich die cerebrale Funktion der Koordination, die berufen ist, die Qualität der einem bestimmten Zwecke dienenden Bewegungen diesem zu adaptiren. Die Koordination der Bewegung ist ihrerseits direkt abhängig von der Integrität der Empfindungssphäre. Die Ausführung jeder Bewegung verursacht eine bestimmte Summe peripherischer Reizungen in einem solchen Verhältnisse des Ortes, der Intensität und der zeitlichen Folge, wie es den Komponenten des Bewegungskomplexes entspricht. Als reizaufnehmende Flächen dienen hierbei die äussere Haut, insofern es sich um Aenderungen in der Vertheilung des Druckes an unterstützenden oder drückenden Flächen oder um Aenderung der Spannung über bewegten Gelenken handelt; weitere reizaufnehmende Flächen stellen die Muskelsehnen und Muskelinsertionen dar, insofern diese durch die eigenen oder die antagonistischen Muskeln gespannt werden, das Innere der Muskeln selbst, vielleicht durch Vermittelung der Muskelspindeln die Gelenkflächen, insofern sie sich in verschiedenem Umfange

oder mit verschiedenen Theilen berühren und mit verschiedener Kraft gegen einander gedrückt werden, die Retina bei Verfolgung der Bewegung mit dem Auge und die Apparate der statischen Funktion des Ohrlabyrinths, insofern es sich um translatorische oder Drehbewegungen handelt. Störungen in diesen Sensibilitätssphären sind es, welche die Ataxie bedingen; vor Allem scheint es die Störung in der Empfindung für die Lage der Glieder zu sein, welche die Koordination beeinträchtigt. Von einer Verbesserung der kutanen, sowie der muskulo-artikulären Sensibilität hätte man demnach eine Bewegung der Ataxie zu erwarten. Diesen Effekt vermag nun die Uebungsbehandlung zwar nicht hervorzubringen, aber es gelingt mit ihrer Hilfe, die regulirenden Centralapparate dazu zu erziehen, dass sie sich mit einem Minimum sensibler Eindrücke begnügen. Und damit lassen sich in praxi oft überraschende Erfolge erzielen. Nachdem Verf. in dieser Weise das Wesen der Ataxie beleuchtet, geht er zu einer Besprechung der Technik der Behandlung über und zeigt an praktischen Beispielen, wie man vorzugehen hat und welchen Nutzen man von der Verwendung der verschiedenen Uebungsgeräthe erwarten darf. Zum Schlusse bespricht er Anzeigen und Gegenanzeigen, sowie die Leistungen der Methode. In Bezug auf letztere heisst es: „Alles in Allem genommen, haben wir eine Methode vor uns, die, auf physiologischer Grundlage fussend, geeignet ist, eines der quälendsten und praegnantesten Symptome der grauen Degeneration der Hinterstränge zu bessern, ja nicht selten auszuschalten. Der Weg zu diesem Ziele ist ein langer und mühsamer für beide Theile, den Kranken und den Arzt, der Erfolg aber lohnt Beider Mühe reichlich. Wer jemals die Freude erlebt hat, einen von Dienern mühsam unterstützten Ataktiker im Zeitraume weniger Monate mit Hilfe eines Stockes und bald darauf ohne Unterstützung gehen zu sehen, wird für die viele aufgewandte Sorgfalt reichlich entschädigt sein.“ Ein ziemlich ausführlicher Literaturnachweis ist der lesenswerthen Arbeit beigegeben.

— y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung am 12. Februar 1900.

(Centralbl. f. Chir. No. 14. 1900.)

Herr **Heintze** beschreibt einen Fall von spontaner Zerreissung der Speiseröhre. Es handelte sich um einen Mann in mittleren Jahren, der nach dem Essen mit Uebelkeit, Erbrechen und Magenschmerzen erkrankt war und rapide unter Fieber und Herzschwäche zu Grunde ging. Die Leichenöffnung ergab statt des erwarteten Magengeschwürs einen Längsriss in der Speiseröhre, durch den Speisen in den Brustfellraum eingedrungen waren.

Die noch nicht ganz aufgeklärte seltene Erscheinung wird von Einigen auf eine Erweichung der Speiseröhrenwand durch in die Speiseröhre eindringenden sauren Mageninhalt zurückgeführt. Die Betroffenen waren meist Trinker.

Ferner bespricht Herr **Heintze** einen Fall von Zerreissung der Harnröhre. Ein Arbeiter war mit einer Last von Brettern von einem schmalen Holzstege herunter und auf den Damm gefallen. An der gequetschten Stelle eröffnete ein im Krankenhause vorgenommener Einschnitt eine mit Blutgerinnsel gefüllte Höhle, innerhalb deren die beiden Enden der zerrissenen Harnröhre 5 cm von einander entfernt lagen. Die Harnröhre wurde durch Etagennähte vereinigt und heilte wieder zusammen.

Herr **Stummel** stellt einen Fall von Rückenmarksblutung durch Unfall vor. Die Verletzung entstand bei einem Postillon dadurch, dass er vornüber gebückt durch einen Thorweg fahrend mit dem Genick gegen die Decke gedrückt wurde, als der Wagen über eine Holzschwelle fuhr. Ohne dass ein Bruch oder eine Verrenkung nachweisbar war, stellte sich sofort Bewusstlosigkeit und Lähmung aller Gliedmassen ein. Doch wurde schon am selben Abend die linke Seite wieder bewegungsfähig. Rechts bestand ausser der Lähmung eine Verengerung der Pupille und der Lidspalte, auch eine leichte Gefühlslähmung. Hiernach ist eine Blutung im Halsmark bis herab zum oberen Brustmark, hauptsächlich auf die Vorderhörner beschränkt, anzunehmen.

Herr **Oppenheim** giebt einige Beiträge zur Ortsbestimmung der Gehirnkrankheiten, welche zeigen, dass die Ortsbestimmungslehre für den Heilzweck noch verhältnissmässig geringe Bedeutung hat. Die angeführten Fälle haben vorwiegend neurologisches Interesse.

Herr **Rotter** spricht über die Abscesse, die sich bei Blinddarmentzündung im Douglasschen Raum bilden können. Von 132 Fällen, in denen operirt wurde, hatte sich der Eiter 41 mal in jenen Raum gesenkt und war 21 mal ausschliesslich dort zu finden. Die Entstehungsgeschichte dieser Abscesse kann zwiefach sein. Entweder senkt sich bei Durchbruch des wurmförmigen Fortsatzes die eiterige Flüssigkeit durch die freie Bauchhöhle in den Douglas. Oder aber eine zunächst seröse Absonderung sammelt sich daselbst und vereitert dort.

In einer Anzahl von Fällen beherrschen diese Abscesse das Krankheitsbild. Sie täuschen eine akute Entzündung des Mastdarms vor und sind von diesem aus als Geschwülste fühlbar. In anderen Fällen verursachen die Abscesse neben den von ihnen unabhängigen Krankheitserscheinungen eigenartige Symptome, indem sie den Darm zusammenpressen.

Es gelingt meist leicht, die Douglasabscesse vom Mastdarm aus als Vorwölbung oberhalb der Vorsteherdrüse zu fühlen. Die ganz ungefährliche Probepunktion kann den Befund sichern.

Es empfiehlt sich die Abscesse vom Mastdarm aus zu eröffnen.

Biologische Abtheilung des Aerztlichen Vereins Hamburg.

Sitzung vom 20. Februar 1900.

(Münchn. Med. W. 1900, No. 16.)

Herr **Fränkel** zeigt mikroskopische Schnitte durch Typhusroseolen, in denen die spezifischen Bazillen sichtbar sind.

Herr **Simmonds** spricht über die Beziehungen zwischen Verletzungen und Fettgewebsnekrose des Bauchfelles. Zwei früheren diesbezüglichen Beobachtungen reiht er eine neue an. Ein Trinker in mittleren Jahren war im Dezember eine hohe Treppe hinabgestürzt und hatte bald nachher heftige Schmerzen im Rücken und in der Magengegend empfunden. Diese wiederholten sich erst nach vier und dann nach 15 Tagen. Das letzte Mal vereinigten sie sich mit allen Zeichen einer Bauchfellentzündung. Im Laufe der darauf folgenden Woche bildete sich eine Resistenz in der Magengrube, auf welche eingeschnitten wurde, und man gelangte hierbei in eine mit bräunlicher Flüssigkeit und Fetzen erfüllte Höhle hinter dem Magen. Kurz nachher starb der Mann.

Bei der Leichenöffnung fand sich in der Bauchhöhle das Fettgewebe an verschiedenen Stellen nekrotisch, die Bauchspeicheldrüse vollkommen brandig zerstört. Wahrscheinlich muss man sich vorstellen, dass bei der Verletzung die Bauchspeicheldrüse gequetscht oder von der Blutversorgung abgeschnitten worden sei, und dass wiederum die Fettnekrose durch die Erkrankung der Bauchspeicheldrüse entstanden ist.

Die praktisch so wichtige Frage, ob man berechtigt ist,

gegebenenfalls eine tödtlich verlaufende Fettgewebsnekrose mit einem vorausgegangenen schweren Unfall in Beziehung zu bringen, wird von S. bejaht.

Dem gegenüber bemerkt Herr C. Fränkel, dass seiner Ueberzeugung nach Verletzungen in solchen Fällen nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Herr **Vogel** hält einen Vortrag über Formalindesinfektion. Im Allgemeinen kommt dem Formalin der grosse Vorzug zu, dass es in dem desinfizirten Raume befindliche Gegenstände in keiner Weise beschädigt. Selbst feine Polituren, Seidenstoffe u. s. w. bleiben unversehrt.

Im Hamburger hygienischen Institut sind fast sämmtliche bisher empfohlene Apparate zur Formalindesinfektion geprüft worden. Es zeigte sich, dass die von Barthel, Krell, Trillat, Rosenberg und Schering weniger günstige Erfolge aufzuweisen hatten, als ihnen von den Erfindern zugeschrieben werden. Der Walther-Schlossmann'sche (cf. Jahrgang 1898, Seite 426) gab gute Erfolge, hat aber die lästige Eigenschaft, einen schmierigen Glycerinüberzug auf den Möbeln entstehen zu lassen. Alle genannten Apparate werden von dem Flügge'schen (Breslauer) übertroffen. Der Rothe-Grünewald'sche transportable Dampfentwickler leistet ebensoviel und hat den Vorzug, dass man bei ihm keine brennenden Flammen ins Zimmer zu bringen braucht, ist aber nicht recht bequem in der Anwendung. Den von Enoch empfohlenen Karboformalbriketts, welche nur an wenig widerstandsfähigem Prüfungsmaterial erprobt worden sind, traut V. keine ausreichende Wirkung zu.

Herr Enoch glaubt dennoch, dass diese billigen und einfachen Briketts den Vergleich mit den grossen theueren Apparaten aushalten werden.

Herr Dunbar tritt dem entgegen. Er geht ausserdem auf die Frage ein, ob man das Formalinverfahren, welches ja nur innerhalb gewisser Grenzen anwendbar sei, auf bestimmte zu desinfizirende Gegenstände oder aber auf eine bestimmte Krankheitsgruppe (Tuberkulose, Diphtherie, Influenza, Masern, Scharlach) beschränken soll. Mit Flügge entscheidet er sich für das letztere.

Herr Fränkel meint, da nur wenig Infektionskrankheiten dieser Methode zugänglich seien, werde man nur selten in die Lage kommen, sie anzuwenden.

Herr Dembar beweist das Gegentheil aus der Thatsache, dass allein bis zu 80 Prozent aller Desinfektionen notorisch allein schon auf die Diphtherie entfallen.

Wiener medizinischer Klub.

Sitzung vom 28. Februar 1900.

(Wiener med. Pr. No. 12, 1900.)

Herr **Hammerschlag** stellt drei durch Operation geheilte Fälle von auf das Schädelinnere vorgeschrittenen Ohreiterungen vor.

Bei einem 20jährigen Mädchen hatten sich im S-förmigen Blutleiter Gerinnungsmassen gebildet, die eitrig zerfielen. Ohne örtliche Erscheinungen war ein Zustand schwerer allgemeiner Eitervergiftung eingetreten. Bei einem Kinde von 7 Jahren war unter den Erscheinungen von Hirndruck eine scharf umgrenzte, entzündliche Ausschwitzung auf der Aussenfläche der harten Hirnhaut in der hinteren und mittleren und bei einem 13jährigen eine ebensolche Ausschwitzung in der hinteren Schädelgrube entstanden.

Herr **Theodor Fuchs** spricht über nervöse Leberschmerzen. Sein Vortrag wird als Journalaufsatz referirt werden.

Herr **R. Kienböck** stellt eine vor $1^3/_4$ Jahren schwer verletzte Frau vor. Sie ist damals aus der Höhe des ersten Stockwerks herab und mit dem Gesäss auf den gepflasterten Hof gestürzt. Anfangs von heftigsten Schmerzen in den Beinen geplagt und an diesen, sowie an Blase und Mastdarm vollständig gelähmt, erhielt sie schon nach sieben Wochen die Bewegungsfähigkeit ihrer unteren Gliedmassen, später, wenigstens theilweise, ihre Blasen- und Mastdarmfunktion wieder. Zur Zeit ist beiderseits folgendes Gebiet unterempfindlich: die Gesässbacken, die Afterfurche und die Hinterseite der Oberschenkel. Gänzlich unempfindlich für Wärme und Schmerz ist die Umgebung des Afters. Beim Befühlen nimmt man unter dem ersten Lendenwirbel eine tiefe Stufe wahr.

Durch die in diesem Falle wahrscheinlich erfolgte Verrenkung des ersten Lendenwirbels nach hinten ist der letzte Ausläufer des Rückenmarks, der Conus terminalis dauernd geschädigt. Wie weit hierbei Quetschung einerseits und Bluterguss im Mark andererseits mitgewirkt haben, ist nicht zu entscheiden.

Herr **Hermann Schlesinger** redet über vom Rückenmark ausgehende Schweisse und Schweissbahnen. Er ist durch Vergleichung zahlreicher Befunde bei örtlich begrenzten Rückenmarkserkrankungen zu dem Ergebniss gelangt, dass die von verschiedenen Abschnitten des Rückenmarks ausgehenden Schweissnerven immer ganz bestimmte Abschnitte der Körperoberfläche versorgen. Im Grossen und Ganzen entsprechen die nicht sehr scharfen Grenzen dieser Gebiete den Verbreitungsbezirken der Gefühlsnerven. Nur sind die vorläufig abgrenzbaren Schweissterritorien jeweils so gross wie mehrere Gefühlsterritorien zusammen. Wie die Hautempfindung, so verhält sich auch die Schweissabsonderung verschieden, je nachdem die weisse Substanz, also die langen Leitungsbahnen, oder die graue, also die eigentlichen Centren, krankhaft entartet sind. Im ersteren Falle tritt Schwitzen der gleichnamigen Körperhälfte bis zu den Zehen abwärts, in letzterem nur innerhalb des von dem betreffenden Rückenmarksabschnitt versorgten Körpertheils auf.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ein arzt-ähnlicher Titel.

Entsch. vom 14. März 1900.

Der Dentist B. hatte ein von der Strasse lesbares Schild anbringen lassen, worin er sich als Spezialist für Zahnersatz, Plombiren etc. bezeichnete. Die Polizeibehörde erblickte in dieser Bezeichnung einen arztähnlichen Titel und forderte B. auf, das beregte Schild zu beseitigen. B. hielt sich hierzu nicht für verpflichtet, da es sich im vorliegenden Falle nicht um einen arztähnlichen Titel handle, es habe ihm fern gelegen, den Glauben zu erwecken, er sei ein approbirter Zahnarzt; die Bezeichnung auf dem Schilde sei gleichbedeutend mit Zahntechniker. Wegen der beregten Bezeichnung hatte auch gegen B. ein Strafverfahren geschwebt, welches indessen mit der Freisprechung des B. geendigt hatte, da jene Bezeichnung nicht als arztähnlicher Titel anzusehen sei. Der Bezirksausschuss entschied jedoch zu Ungunsten des B. und nahm an, dass B. mehr als seine Standesgenossen bedeuten wolle; da die Polizei die Pflicht habe, das Publikum vor Nachtheilen zu schützen, so erscheine die angefochtene Verfügung gerechtfertigt. Diese Entscheidung focht B. durch Berufung beim Oberverwaltungsgericht an und bestritt, dass die Bezeichnung Spezialist als ein arztähnlicher Titel anzusehen sei. Das Oberverwaltungsgericht wies indessen die Berufung zurück und machte geltend, die Bezeichnung Spezialist sei wohl geeignet, beim Publikum den Glauben zu erwecken, als ob es sich um einen approbirten Zahnarzt handle. M.

Professeur honoraire ist weder ein akademischer Grad noch ein arztähnlicher Titel!!

Entsch. vom 14. März 1900.

Der Heilmagnetiseur R. in B. hatte beim Kultusminister beantragt, ihm die Führung des Titels eines Professeur honoraire à la chaire de thérapeutique magnétique, der ihm angeblich von der Faculté des sciences magnétiques der Université libre des hautes études in Paris ertheilt worden ist, in Preussen zu gestatten, hatte aber einen abschlägigen Bescheid erhalten. Weil aber R. die erwähnte Bezeichnung dennoch führte, ist er durch Verfügung des Polizeipräsidenten vom 20. Februar 1899 aufgefordert worden, ein von ihm an der Strassenfront angebrachtes Schild mit der Aufschrift: Magnétiseur W. R., Professeur hon. à la Fac. des Sc. magnétiques de Paris binnen drei Tagen zu beseitigen, widrigenfalls die Polizei die Entfernung des Schildes besorgen werde. Gegen diese Verfügung erhob R. Klage beim Bezirksausschuss und machte u. A. geltend, die Kgl. Verordnung vom 7. April 1897 betreffend die Führung der mit akademischen Graden verbundenen Titel, finde hier keine Anwendung, da der Titel „Professeur" nicht zu den akademischen Graden gehöre. Der Bezirksausschuss wies jedoch die Klage ab, da der abgekürzte französische und der Mehrzahl des Publikums unverständliche Titel zu erheblichen Missverständnissen und Irrthümern Veranlassung geben könne, zu den Aufgaben der Polizei gehöre es aber, die nöthigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahren zu treffen. Gegen diese Entscheidung legte R. durch Justizrath v. G. und Rechtsanwalt V. Berufung beim Oberverwaltungsgericht ein, welches nach mehrstündiger Verhandlung die Vorentscheidung abänderte und die polizeiliche Verfügung ausser Kraft setzte, da die Kgl. Verordnung vom 7. April 1897 hier nicht in Frage komme, es handle sich nicht um einen akademischen Grad; aber auch § 360 (8) des Strafgesetzbuchs und 147 (3) der Gewerbeordnung seien hier nicht anzuwenden, indem u. A. das Vorliegen eines arztähnlichen Titels nicht angenommen werden könne. M.

Aus dem Kammergericht.

Der amerikanische Doktortitel.

Entscheidung vom 22. Februar 1900.

Die Zahnkünstlerin K. hatte vor einiger Zeit den amerikanischen Doktortitel erworben und diesen Titel ohne Weiteres geführt. Frau K. wurde darauf angeklagt, sich gegen die Kgl. Verordnung vom 7. Februar 1897, betreffend die Führung der mit akademischen Graden verbundenen Titeln, vergangen zu haben, wonach die preussischen Staatsangehörigen, welche einen akademischen Grad ausserhalb des deutschen Reiches erworben, zur Führung des damit verbundenen Titels der Genehmigung des Ministers bedürfen; diese Verordnung greift bezüglich aller akademischen Grade Platz, die nach dem 15. April 1897 verliehen werden. Die Angeklagte suchte nachzuweisen, dass die Kgl. Verordnung vom 7. April 1897 ungültig sei und mit § 360 (8) des Strafgesetzbuchs im Widerspruch stehe. Das Schöffengericht verurtheilte jedoch die Angeklagte zu einer Geldstrafe, und die Strafkammer verwarf die gegen diese Entscheidung eingelegte Berufung, da die Kgl. Verordnung vom 7. April 1897 zu Recht bestehe. Gegen diese Entscheidung legte die Angeklagte noch Revision beim Kammergericht ein, welches indessen die Revision als unbegründet abwies und u. A. ausführte, die Verurtheilung der Angeklagten sei zu Recht erfolgt, da sie den amerikanischen Doktortitel ohne Genehmigung des Ministers nicht führen durfte. Die Kgl. Verordnung, welche gehörig bekannt gemacht worden sei, habe durch ihre Aufnahme in die Gesetzsammlung Gesetzeskraft erhalten; die Rechtsgültigkeit dieser Kgl. Verordnung haben nicht die Behörden, sondern nur die Kammern zu prüfen. M.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Fingerverletzung.

Entsch. vom 27. Okt. 1899.

W. Sch. aus B. bezog seit dem 26. Juli 1898 auf Grund des Bescheides vom 11. August 1898 in Folge einer am 25. April 1898 durch Betriebsunfall erlittenen Verletzung am rechten kleinen Finger mit nachfolgender Blutvergiftung die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Durch Bescheid der Genossenschaft vom 27. März 1899 ist die Rente vom 1. April 1899 ab auf 50 Prozent der Vollrente herabgesetzt worden, weil in den Verhältnissen des Rentenempfängers, welche für die Feststellung der Entschädigung massgebend gewesen sind, nach dem Gutachten des Dr. K. vom 21. März 1899 eine dem entsprechende Aenderung eingetreten sei. Auf rechtzeitige Berufung verurtheilte das Schiedsgericht die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft, dem Kläger vom Tage der Rentenherabsetzung ab eine $66^2/_3$prozentige Theilrente zu zahlen, indem u. A. ausgeführt wurde: Die im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgenommene Besichtigung der verletzten Hand hat zwar den Befund des Dr. K. bestätigt, nicht indessen dessen Schätzung der vorhandenen Einbusse an Erwerbsfähigkeit. Der Zustand der Hand kommt nach Ansicht des Gerichtshofes demjenigen des Verlustes der rechten Hand fast gleich. Da ein solcher aber von dem Reichsversicherungsamt mit 60 bis 70 Prozent bewerthet zu werden pflegt, hält das Schiedsgericht die Genossenschaft zur Gewährung einer Rente von $66^2/_3$ Prozent für verpflichtet.

Gegen diese Entscheidung legte die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichsversicherungsamt ein. Geschäftsführer Z. beantragte, den Bescheid vom 27. März 1899 wieder herzustellen oder zunächst noch weitere Erhebungen zu veranlassen; er hält die Annahme des Schiedsgerichts, dass die rechte Hand des Klägers völlig unbrauchbar sei, für nicht zutreffend. Der Kläger hingegen hat um Zurückweisung des Rekurses gebeten. Er behauptet, seine rechte Hand sei ganz werthlos und beruft sich hierfür auf das Gutachten des Prof. Dr. G. in B., der ihn ärztlich behandelt habe. Im Termin vor dem Reichsversicherungsamt war der Kläger erschienen. Seine rechte Hand wurde besichtigt. Das Rekursgericht unter dem Vorsitz des Direktors Pf. hob darauf die Vorentscheidung auf und stellte den Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 27. März 1899 wieder her, indem u. A. Folgendes ausgeführt wurde: Das Ergebniss der Augenscheineinnahme des Rekursgerichts deckt sich mit den Feststellungen, die Dr. K. zu B. in dem Gutachten vom 21. März 1899 getroffen hat. Danach bestehen die Folgen des Unfalls, den der Kläger am 25. April 1898 erlitten hat, noch in völliger Gebrauchsunfähigkeit des 4. und des 5. Fingers, in mangelhafter Beugungsfähigkeit des 2. und des dritten Fingers der rechten Hand und in einer Herabsetzung der rohen Kraft des rechten Armes. Der 2. und der 3. Finger sind theilweise brauchbar, der Daumen ist normal, die rechte Hand also nicht, wie das Schiedsgericht annimmt, fast ganz werthlos, sondern bei einer Reihe von Arbeitsverrichtungen verwendbar. Der Grad der durch den Unfall verursachten Erwerbunfähigkeit des Klägers kann hiernach nicht höher als auf 50 Prozent veranschlagt werden. Mit Unrecht hat daher das Schiedsgericht die von der Genossenschaft gemäss § 65 des Unfallversicherungsgesetzes auf 50 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit herabgesetzte Rente um $16^2/_3$ Prozent erhöht. Da der Sachverhalt genügend aufgeklärt ist, so bedurfte es der Einholung eines weiteren Gutachtens nicht. M.

Für den Verlust des rechten Beines unterhalb des Knies 55 Prozent!
Entscheidung vom 22. September 1899.

Der Kutscher H. G.-B. bezog seit dem 1. November 1897 auf Grund des Bescheides der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft vom 20. Dezember 1897 in Folge eines am 23. Mai 1897 durch Betriebsunfall erlittenen Bruches des rechten Unterschenkels die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Durch Bescheid der Genossenschaft vom 27. September 1898 ist die Rente vom 1. Oktober 1898 ab auf 55 Prozent der Vollrente herabgesetzt worden, weil in den Verhältnissen des Rentenempfängers, welche für die Feststellung der Entschädigung massgebend gewesen sind, eine dementsprechende Aenderung eingetreten sei. Auf die Berufung des Verletzten verurtheilte das Schiedsgericht unter dem Vorsitz des Regierungsassessors T. die Berufsgenossenschaft, an den Verletzten eine Rente in Höhe von $66^2/_3$ Prozent zu gewähren und betonte, nach dem Gutachten des Dr. med. S. vom 24. September 1898 handelt es sich bei dem Kläger um den glatten Verlust des rechten Beins unterhalb des Knies in Folge der erforderlichen Amputation. Diesen Verlust pflegt das Reichs-Versicherungsamt in seiner Rechtsprechung mit 60—70 Prozent zu bewerthen, während die Berufsgenossenschaft entsprechend der Schätzung des Sachverständigen nur eine Einbusse an Erwerbsfähigkeit von 55 Prozent angenommen hat. Das Schiedsgericht glaubte mit Rücksicht auf die durchschnittliche Schätzung des Reichs-Versicherungsamts und den persönlichen Eindruck, den der Kläger machte, demselben eine Rente von $66^2/_3$ Prozent zusprechen zu sollen.

Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein. Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Geheimen Regierungsraths G. gab dem Rekurse der Berufsgenossenschaft auch statt und stellte den Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 27. September 1898 wieder her, indem u. A. Folgendes ausgeführt wurde: Am 24. September 1898 erklärte Dr. S. das Heilverfahren für abgeschlossen und den Kläger für fähig, sich des künstlichen Beines zu bedienen. Diese Feststellung wird von dem Kläger nur insoweit bemängelt, als er in der Berufungsschrift auf die Unbehilflichkeit seines Ganges, das Wundwerden des mit dem künstlichen Gliede in Berührung kommenden Stumpfes und auf die geringe Gelegenheit, geeignete Arbeiten zu finden, hinweist; sie kann der Entscheidung um so unbedenklicher zu Grunde gelegt werden, als auch das Schiedsgericht, welches den persönlichen Eindruck des vor ihm erschienenen Klägers verwerthet, dem Gutachten in dieser Beziehung durchaus gefolgt ist. Danach ist aber nicht nur die Anwendung des § 65 des Unfall-Versicherungsgesetzes überhaupt, sondern auch die Festsetzung der Entschädigung in Höhe einer Rente von 55 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit gerechtfertigt. Die vom Schiedsgericht herangezogenen Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts beziehen sich auf Fälle, in denen die Entschädigung für den Verlust eines ganzen Beines zu bestimmen war. Diesem Verlust kann derjenige, den Kläger erlitten hat, nicht gleichgeachtet werden, zumal da die Genossenschaft dem Kläger nicht nur ein nach dem erst erwähnten Gutachten sehr gut gearbeitetes künstliches Glied gewährt, sondern sich auch durch die Erklärung ihres Vertreters in der mündlichen Verhandlung vor dem Reichs-Versicherungsamt verpflichtet hat, die etwa erforderlich werdenden Ausbesserungen jenes künstlichen Gliedes, welche der Verletzte an sich aus der Rente bestreiten müsste, auf ihre Kosten vornehmen zu lassen.

M.

Mittheilungen aus der englischen Literatur.

Henri Thompson berichtet über einen Fall von Starrkrampf, welcher im Anschluss an eine Nierenoperation zum Ausbruch kam. Es handelte sich um eine 47 Jahre alte verheirathete Frau, welche seit Jahren an einer rechtseitigen Wanderniere gelitten hatte. Bei der Untersuchung fand sich eine ausserordentlich bewegliche Niere, welche bis zur linken Seite des Nabels verschoben werden konnte. Die inneren Organe waren sonst vollkommen gesund, so dass einer Operation der Niere keinerlei Bedenken im Wege stand. Angeblich wurde die Operation unter allen Cautelen ausgeführt und auch bei genauerer Nachprüfung konnte man keinen Fehler nachweisen, welcher vor, bei oder nach der Operation begangen wurde, denn die Haut der Patientin war sachgemäss gereinigt, die chirurgischen Instrumente waren vor dem Gebrauch ausgekocht worden. Die Niere wurde in der gewöhnlichen Weise mit Seidennähten fixirt, nachdem die angewandte Seide seit Monaten in starker Carbolsäurelösung gelegen hatte. Die Wunde wurde geschlossen, nur eine kleine Drainröhre noch eingeführt. Letztere wurde nach zwei Tagen wieder entfernt. Bis zum neunten Tage ging es der Patientin vortrefflich. Die Wunde heilte per primam ausgenommen an der Stelle, wo die Drainröhre hindurchgezogen worden war. Nach neun Tagen zeigten sich die ersten Symptome des Tetanus. Die Patientin hatte eine schlaflose Nacht und klagte am Tage über Schmerzen in der Gegend der Wunde. Man konnte bereits eine spastische Kontraktion der Muskeln des Rumpfes bemerken. Zwei Tage später trat dann auch Kinnbackenkrampf auf und nach weiteren drei Tagen, d. h. 14 Tage nach der Operation, waren die Symptome so schwer, dass der Tod eintrat. Tetanusserum wurde merkwürdiger Weise nicht versucht, auch giebt der Autor trotz zahlreicher Hypothesen, die er aufstellt, keine einzige an, welche die Entstehung des Tetanus in diesem Fall wirklich erklären könnte. Es liegt doch wohl am nächsten trotz Allem anzunehmen, dass die Infektion durch die Operationswunde erfolgt ist. (Lancet 20./1. 1900.)

Da die Verrenkungen am Kniegelenk wegen der zahlreichen und starken Bänder des Gelenkes selten sind, jedenfalls seltener als Brüche dieser Theile, so bietet ein von Dr. Mills-Roberts beschriebener Fall, bei welchem der Schienbein-Kopf nach hinten, oben und innen und die Kniescheibe nach oben und aussen verlagert waren, besonderes Interesse. Die Verletzung betraf einen 55 Jahre alten Mann, der in seinem Beruf als Arbeiter in einem Schieferbergwerk einen Unfall erlitten hatte. Es fanden sich bei dem Verletzten ausser Quetschungen an der linken Schulter, an der linken Seite der Brust, des Rückens und des linken Schenkels die erwähnte schwere Verletzung am linken Kniegelenk. Die Haut oberhalb des Kniegelenkes erschien vollkommen normal und zeigte keine Abschürfung. Sie war über den Rollhügeln des Oberschenkels straff gespannt, die ganze Oberfläche des Gelenks zeichnete sich ab. Man konnte deutlich sehen, dass die Kniescheibe sich nicht in normaler Lage befand, und während der äussere Rollhügel sehr deutlich zu erkennen war, war dies bei dem inneren weniger leicht möglich. Die Haut unterhalb des unteren Endes des Oberschenkelknochens hob sich in deutlich ausgeprägten Falten und Runzeln ab. Der Fuss war nach aussen gedreht; ungefähr vier Zoll über und hinter den Rollhügeln fand sich auf der Rückseite des Schenkels eine deutlich ausgeprägte Schwellung, innerhalb welcher der Kopf des Schienbeins gefühlt werden

konnte. Die Kniescheibe war, wie man leicht erkennen konnte, nach aussen und oben verschoben. Es gelang in der Narkose leicht die verrenkten Theile wieder in ihre richtige Lage zu bringen, nur bei dem Versuch, die Kniescheibe in ihre Lage zurückzubringen, bestand zuerst einige Schwierigkeit. Das Bein wurde geschient und drei Wochen später mit Massage und passiven Bewegungen behandelt. Nach etwa sechs Wochen war die Bewegungsfähigkeit des Beines vollkommen normal. Der Verletzte konnte bald wieder seinem Beruf ohne Beschwerden nachgehen. (Lancet 13. 2. 1900.)

Ueber Aufschrecken in wachem Zustande (pavor diurnus) bei Kindern handelt ein Aufsatz von George F. Still.

In der Literatur sind bis jetzt nur wenige Fälle dieser ziemlich seltenen Erkrankungsform des Kindesalters veröffentlicht. Der Verfasser dieses Artikels erinnert an 2 von Henoch beschriebene Fälle von pavor diurnus und bespricht im Anschluss daran ausführlich 3 Fälle seiner eigenen Beobachtung. Er kommt zu dem Schlusse, dass pavor diurnus, „das sogenannte plötzliche Aufschrecken im wachen Zustande“, zu dem pavor nocturnus, dem Aufschrecken während des Schlafes, in Beziehung steht. Denn öfter werden solche Kinder von pavor diurnus befallen, welche früher an pavor nocturnus, eine Erkrankung, die weniger selten auftritt, gelitten haben.

Die Symptome des pavor diurnus waren bei allen beobachteten Fällen ziemlich constant. Der Verlauf eines Anfalls ist in der Regel der folgende: Ein nervöses, leicht erregbares Kind fängt plötzlich mitten beim Spielen oder während es ruhig mit Andern zusammen sitzt, laut zu schreien an und sieht mit erschrecktem Gesicht um sich. In seiner Einbildung glaubt es sich manchmal von irgend einer Person verfolgt oder hört etwas Furchterregendes; zuweilen handelt es sich auch um irgend eine andere Form von Hallucination oder Täuschung. Weinend stürzt das Kind zur Mutter, um bei ihr Schutz zu suchen und kann auch von ihr auf keine Weise beruhigt werden. Solche Kinder verlieren nicht das Bewusstsein und erkennen ihre Umgebung. Nach wenigen Minuten ist der Anfall vorüber und das Kind spielt ruhig weiter, als ob nichts geschehen wäre. Die Anfälle pflegen bei manchen Kindern mehrmals am Tage, bei andern mehrmals in der Woche aufzutreten.

Ueber die Aetiologie der Erkrankung ist wenig bekannt. Gewisse Fälle von pavor und im Besonderen von pavor nocturnus werden sicher durch adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum bedingt. Nach der Meinung des englischen Autors spielt der Rheumatismus in der Familie solcher Kinder eine Rolle. Die Anfälle werden, wie er glaubt fast stets zu einer Zeit ausgelöst, wenn das betreffende Kind an Verdauungsstörungen leidet, meistens an leichtem Magendarmkatarrh, der so unbedeutend sein kann, dass er der Mutter nicht aufzufallen braucht. Die Ansicht, dass Störung der Verdauung dem pavor zu Grunde liegen soll, wird von Henoch nicht getheilt. Dieser konnte nur selten jene Dyspepsie nachweisen, mit deren Beseitigung auch der pavor zum Verschwinden kam. Die meisten seiner Fälle boten durchaus keine Störung der Verdauungsorgane. Manche Autoren waren der Ansicht, dass der pavor der Epilepsie nahe stehe, da auch die aura, das sogenannte Vorstadium des epileptischen Krampfanfalls sich zuweilen nur in einem Gefühl von Furcht äussern könne. Dr. Still bezweifelt dies, giebt aber zu, dass zwischen Epilepsie, gewissen Formen von Geistesstörung und pavor diurnus verwandte Beziehungen bestehen, und dass solche Kinder, welche in der Jugend nur von pavor befallen wurden, später an Epilepsie oder Geistesstörung erkranken können. Oefters stammen diese Kinder aus belasteter Familie und in der Regel sind sie selbst von Geburt nervös veranlagt und reizbar. Einzelne von ihnen leiden auch sonst noch an einer oder der andern nervösen Störung, wie z. B. an nächtlichen Bettnässen, an häufig wiederkehrenden Kopfschmerzen oder auch an nervösen Durchfällen. Der englische Autor hält die Prognose der Erkrankung, soweit nicht schwere, erbliche Belastung eine Rolle spielt, für eine ganz gute. Was die Behandlung anbetrifft, so wünscht er vor Allem die Beseitigung von Verdauungsstörung, eventuell der Darmparasiten, welche indirekt die Darmerkrankung hervorrufen können, im weiteren sollen die Kinder vor der geringsten Anstrengung und Aufregung bewahrt und mit grösster Vorsicht erzogen werden, umsomehr als sie meistens intelligent, lebhaft und frühreif zu sein pflegen. (Lancet 3. 2. 1900.)

W. H. Brown beschreibt einen Fall von Zerreissung der Arteria femoralis in Folge einer Verletzung. Ein 33 Jahre alter Mann wurde von einem Pferd in die linke Leistengegend getreten. Als er bald darauf in das Krankenhaus gebracht wurde, sah man eine grosse Schwellung etwa von dem Umfang einer Kokusnuss, welche das Scarpa'sche Dreieck vollständig ausfüllte und nach oben etwa einen Zoll weit über das Leistenband hinausragte. Die Haut über der Geschwulst war gespannt, dunkelrot verfärbt und schien beinahe zu platzen. Pulsation wurde nicht gefühlt. Es wurde sofort parallel dem Leistenband ein Einschnitt gemacht und das Gewebe bis zum Bauchfell durchtrennt. Unter dem eingeführten Finger konnte die Arteria iliaca externa gefühlt werden. Da man es nun in der Hand hatte eine etwaige Blutung durch Druck sofort zum Stehen zu bringen, wurde dann die Haut über der Schwellung durchschnitten; man kam auf eine grosse Masse geronnenen Blutes. Das Blut wurde entfernt, die Höhle mit Borsäurelösung ausgespült. Als man dann mit dem Druck auf die Arteria iliaca nachliess, konnte man leicht die Lage des verletzten Gefässes erkennen; das Gefäss war vollkommen zerrissen, die Enden desselben lagen etwa $1^1/_2$ Zoll auseinander. Die Gefässenden wurden sodann mit Seide abgebunden, die Wunde wurde geschlossen und verbunden. Die Genesung wurde dadurch verzögert, dass eine Lungenembolie hinzutrat. Der Puls an der Arteria tibialis postica, welcher nach der Verletzung nicht gefühlt werden konnte, war einen Monat nach der Operation fühlbar. Bemerkenswerth ist, dass bei der schweren Verletzung der Arterie die Vene verschont geblieben war. Lancet, 24. 2. 1900.

Das Vorkommen von Hirnhaut- und Rückenmarksentzündung bei Masern hat E. F. Eliot beobachtet.

Ein 18jähriges Mädchen erkrankte mit typischem Masernexanthem, welches bis zum vierten Tage ohne besondere Störung verlaufen war. Da traten zuerst kurzdauernde epileptiforme Krampfanfälle auf, welche sich öfter wiederholten; auch bemerkte man Zuckungen in einzelnen Muskelgebieten an den Extremitäten und um den Mund herum, bald auch Zähneknirschen, Nackensteifigkeit, Störung des Bewusstseins, unwillkürliches Abgehen von Koth und Urin. Das Fieber hielt an, der Puls blieb beschleunigt: An den unteren Extremitäten kam es allmählich zu einer lähmungsartigen Schwäche, wobei auch die Sensibilität herabgesetzt zu sein schien und die Kniescheibenreflexe erloschen.

Weitere Symptome von Seiten des Nervensystems blieben aus, Ohren und Augen blieben dauernd intakt, auch die inneren Organe blieben, abgesehen von leichtem Katarrh über den Lungen, intakt.

Der zeitweilig in Folge von Herzschwäche sehr bedroh-

liche Zustand besserte sich nach und nach, erst nach Verlauf von einem Monat waren die krankhaften Erscheinungen zurückgegangen.

Der Fall ist um so bemerkenswerther, als bei ihm einerseits zwei seltene Komplikationen der Masern gemeinsam auftraten, andrerseits aber trotz dieser sehr gefährlichen Krankheiten schliesslich doch der Ausgang günstig war.

(Lancet, 27. 2. 1900.)
Franz Meyer-Berlin.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Joseph, Dr. Max. Die Prophylaxe bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. München 1900. (Verlag von Seitz & Schauer.) Preis 1,50 Mark.

Eine erschöpfende Darstellung der Prophylaxe der Haut- und Geschlechtskrankheiten, welche wir in allen grösseren Lehrbüchern vermissen, fand bisher noch keinen kompetenten Darsteller, weil die geringen Erfolge, welche wir in dieser Beziehung zu verzeichnen haben, nicht gerade zu der Abfassung eines solchen Werkes ermuthigten. Joseph, welcher der Schwierigkeit einer solchen Arbeit sich wohl bewusst, eine zusammenfassende Schilderung der prophylaktischen Massnahmen giebt, hat in seinem Buche gezeigt, dass unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete doch nicht so geringe sind, wie man allgemein annimmt, und er hat durch Hinzufügung eigener praktischer Vorschläge die Grundlage zu einem weiteren Ausbau des noch nicht abgeschlossenen Gebietes gegeben. Er bespricht zunächst in einem Abschnitt über „Allgemeine Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten" an der Hand von statistischem Material den Antheil, welchen die Prostitution an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hat, plaidirt für eine bessere Kontrole und Beaufsichtigung der Frauen, für Schaffung besonderer Polikliniken, in denen die syphilitisch Infizirten einer chronisch-intermittirenden Quecksilberbehandlung unterworfen werden können, und für die Errichtung von Spezialabtheilungen in ausreichender Zahl an bestehenden städtischen oder staatlichen Hospitälern, eine Forderung, welche auch Referent schon vor einer Reihe von Jahren in verschiedenen Arbeiten vertreten hat.

In dem Abschnitt: „Spezielle Prophylaxe der Lues" befürwortet Verf. die Benutzung des „Kondoms", welcher ihm von allen Vorsichtsmassregeln die grösste Sicherheit zu gewähren scheint, bespricht darauf die Verbreitung und die Gefahren extragenitaler Infektionen, die prophylaktische Therapie, die Chancen der Heilung, die Gefahren der Syphilis für die Ehe und die Nachkommenschaft und schliesst den Abschnitt mit dem Hinweis, dass für syphilitische Kinder, welche von der Mutter nicht ernährt werden, die Ernährungsmethode nach Soxleth die einzig angängige ist.

Für die spezielle Prophylaxe des Ulcus molle empfiehlt Verf. Waschen des Penis mit warmen Wasser und Seife und Desinfektion mit Kalipermanganatlösungen.

Inbezug auf die spezielle Prophylaxe der Gonorrhoe decken sich Verfassers Anschauungen ganz mit den bekannten und mit Nachdruck oft vertretenen Ansichten Neissers. Verf. empfiehlt besonders die prophylaktischen Einträuflungen einer 20 prozentigen Protargolglycerinlösung post coitum nach dem Vorschlage E. R. W. Franks, welche vor den von Blokusewski angegebenen Einträuflungen von 2 prozentiger Höllensteinlösung den Vorzug grösserer Reizlosigkeit und Bequemlichkeit haben. Weniger günstig denkt Verf. über die abortive Therapie der Gonorrhoe; dennoch hält er es für seine Pflicht, so früh als möglich mit der aktiven Therapie zu beginnen. Er empfiehlt zu diesem Zweck die Anwendung des Protargols, von dem er jedoch den Eindruck hat, dass es nur in den allerfrühesten Stadien einen guten Erfolg verspricht. Referent selbst denkt in dieser Beziehung weniger skeptisch und hat besonders bei den von ihm modifizirten Janet'schen Spülungen mit Protargollösungen günstigere Erfahrungen gemacht (cf. die Behandlung der akuten Gonorrhoe von Dr. R. Ledermann. Berl. Klinik 1900.)

Dass der Aufklärung des Publikums bei der Prophylaxe der venerischen Krankheiten eine besondere Rolle zukommt, wird vom Verf. mit Recht nachdrücklichst hervorgehoben. Er empfiehlt zu diesem Zweck die Verbreitung der von Zadeck und Blaschko verfassten, kurzgefassten Belehrungen über die Infektionsgefahren beim geschlechtlichen Verkehr mit Prostituirten und über die zu treffenden prophylaktischen Massnahmen.

Das zweite Kapitel behandelt zunächst die allgemeine Prophylaxe der Hautkrankheiten. Verf. betont den Werth einer regelmässigen Hautpflege durch Waschungen und Bäder und zollt den Bestrebungen Lassar's, zahlreiche und billige Volksbäder einzurichten, warme und berechtigte Anerkennung. Namentlich verdienen die Lassar'schen Volksbrausebäder eine weitgehende Verbreitung auch in Schulen, Fabriken und an anderen Orten.

In der speziellen Prophylaxe der Hautkrankheiten bespricht Verf. nur diejenigen Dermatosen, deren Aetiologie wir kennen und deren Prophylaxe damit gegeben ist. Dahin gehören die Gewebeeczeme, die Chloracne, die Lippeneczeme, die Roentgendermatitis, das Eczema caloricum, die Argyrie und Siderosis, die parasitären Dermatosen (Trichophytie, Favus, Pityriasis versicolor), die thierischen Parasiten (Scabies), die Impetigo contagiosa, die Verrucae vulgares, die Maul- und Klauenseuche, sowie die endemischen Dermatosen (Lepra, Pellagra, Verruga peruana.)

Die Arbeit schliesst mit einer vortrefflichen Schilderung der Prophylaxe der Haarkrankheiten, deren Wichtigkeit mit Recht betont wird.

Das Studium dieses Werkes kann jedem Arzte warm empfohlen werden. Ledermann.

Zur Besprechung eingegangen:

Goldman, Dr. Hugo F. Die Ankylostomiasis. Eine Berufskrankheit des Berg-, Ziegel- und Tunnelarbeiters. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1900. 55 Seiten. 1,40 Mark.

Hoffa, Prof. Dr. A., Würzburg. Die moderne Behandlung der Spondylitis. München. Seitz und Schauer. 1900. 28 Seiten. Preis 2 Mark.

Hoffa, Prof. Dr. A., Würzburg. Die Octeotomie bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformitäten. Würzburg. A. Stubers Verlag. 1899. 40 Seiten. 2 Mark.

Schmidt, Prof. Dr. Richard. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für verletzende Eingriffe. Jena. Gustav Fischer. 1900. 60 Seiten. 1,60 M.

Wilbrand, Dr. H., und **Saenger,** Dr. A., Hamburg. Die Neurologie des Auges. Erster Band II. Abtheilung. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1900. 696 Seiten.

Tagesgeschichte.

Die öffentlichen Impfungen

sind durch einen Ministerialerlass vom 26. Februar 1900 neu geregelt worden. Wir veröffentlichen denselben nachstehend. [Wortlaut der Bekanntmachung des Polizeipräsidenten von Berlin.]

I. Vorschriften, welche von den Aerzten bei der Ausführung des Impfgeschäftes zu befolgen sind.

A. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Es ist wünschenswerth, dass der Impfarzt in jedem Orte seines Bezirkes öffentliche Impfungen vornimmt. An Orten,

an welchen ansteckende Krankheiten wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Croup, Keuchhusten, Flecktyphus, rosenartige Entzündungen in grösserer Verbreitung auftreten, ist die Impfung in öffentlichen Terminen während der Dauer der Epidemie nicht vorzunehmen. Diese Bestimmung trifft besonders die öffentlichen Impfungen in ländlichen Gegenden.

Anmerkung. a) Für Berlin finden die öffentlichen Impfungen an den von der Königlichen Sanitäts-Kommission, in Charlottenburg an den von der Königlichen Polizei-Direktion festgesetzten Terminen statt.

Anmerkung. b) Für Berlin und Charlottenburg kommt bezüglich der ansteckenden Krankheiten im Allgemeinen die Stadtgegend des Impflokals in Betracht.

Erhält der Impfarzt erst nach Beginn des Impfgeschäfts davon Kenntniss, dass derartige Krankheiten in dem betreffenden Orte herrschen, oder zeigen sich dort auch nur einzelne Fälle von Rothlauf (Erysipel) bei Geimpften, so hat er die Impfung an diesem Orte sofort zu unterbrechen und der zuständigen Behörde davon Anzeige zu machen.

Anmerkung. Bezüglich des Erysipel ist durch den Ministerialerlass vom 22. Mai 1895 $\frac{\text{M. d. g. A. M. 3941}}{\text{M. d. J. II. 6480}}$ darauf hingewiesen, dass unter letzterem die echte Wundrose, nicht aber die gewöhnlichen Hautentzündungen zu verstehen sind, wie sie in Folge ausnahmsweise starker Wirkung der Lymphe oder hochgradiger Empfindlichkeit des Impflinges um die Pusteln gelegentlich aufzutreten pflegen.

Hat der Impfarzt einzelne Fälle ansteckender Krankheiten in Behandlung, so hat er in zweckentsprechender Weise deren Verbreitung bei dem Impfgeschäfte durch seine Person zu verhüten.

Es empfiehlt sich, öffentliche Impfungen während der Zeit der grössten Sommerhitze (Juli und August zu vermeiden.

Anmerkung: Hierauf wird in Berlin und Charlottenburg bereits bei Anberaumung der Termine Rücksicht genommen.

§ 2. Im Impftermine hat der Impfarzt im Einvernehmen mit der Ortspolizeibehörde für die nöthige Ordnung zu sorgen. Ueberfüllung der für die Impfung bestimmten Räume zu verhüten und ausreichende Lüftung derselben zu veranlassen.

Die gleichzeitige Anwesenheit der Erstimpflinge und der Wiederimpflinge ist thunlichst zu vermeiden.

B. Beschaffenheit und Gewinnung der Lymphe.

I. Bei Verwendung von Thierlymphe.

§ 3. Die Impfärzte erhalten für die öffentlichen Impfungen ihren Gesammtbedarf an Lymphe unentgeltlich und portofrei aus den staatlichen Impfanstalten.

Anmerkung a) Die Impfung ist mit Thierlymphe vorzunehmen und zwar nach dem Erlass vom 31. März 1897 $\frac{\text{M. d. g. A. M. 10886}}{\text{M. d. J. II 4437.}}$ bei öffentlichen Impfungen nur mit Thierlymphe aus den staatlichen Anstalten. Menschenlymphe darf sowohl bei öffentlichen als auch bei privaten Impfungen nur in Ausnahmefällen verwendet werden. Diese Fälle sind eingehend zu begründen.

Anmerkung b) Die durch den gleichen Ministerialerlass wie diese „Vorschriften“ festgelegten „Grundsätze für die Lieferung von Lymphe aus den Königlichen Anstalten zur Gewinnung thierischen Impfstoffes“ sind hinter den vorliegenden „Vorschriften“ mit abgedruckt (s. S. 190).

Anmerkung c) Durch den Ministerialerlass vom 10. Mai 1899 — M. 11037 — ist bezüglich der aus Russland — und durch den Ministerialerlass vom 17. Oktober 1899 — M. 13125 — auch bezw. der anderen Nationalitäten angehörigen Arbeiter, welche in ländlichen oder Gewerbebetrieben Beschäftigung suchen, — vorgeschrieben, dass sie vor ihrer Einstellung ärztlich untersucht und, falls sie nicht glaubhaft nachweisen, dass sie im Laufe der letzten zehn Jahre geimpft sind, der Schutzpockenimpfung unterzogen werden. Die hierzu erforderliche Lymphe wird von den Königlichen Anstalten zur Gewinnung thierischen Impfstoffes unentgeltlich verabfolgt werden.

§ 4. Der Impfarzt hat zutreffendenfalls unter Angabe der Nummer des Versandbuchs der betreffenden Impfanstalt aufzuzeichnen, von wo und wann er seine Lymphe erhalten hat.

Anmerkung: Dies gilt für alle öffentlichen Impfungen. Das betreffende Buch des Impfarztes mit seinen Aufzeichnungen hierüber ist in den Impftermin mitzubringen. Vergl. auch § 7.

II. Bei Verwendung von Menschenlymphe.

§ 5. Die Impflinge, von welchen Lymphe zum Weiterimpfen entnommen werden soll (Ab-, Stamm-, Mutter-Impflinge,) müssen zuvor am ganzen Körper untersucht und als vollkommen gesund und gut genährt befunden werden. Sie müssen von Eltern stammen, welche an vererbbaren Krankheiten nicht leiden, insbesondere dürfen Kinder, deren Mütter mehrmals abortirt oder Frühgeburten überstanden haben, als Abimpflinge nicht benutzt werden.

Der Abimpfling soll wenigstens 6 Monate alt, ehelich geboren und nicht das erste Kind seiner Eltern sein. Von diesen Anforderungen darf nur ausnahmsweise abgewichen werden, wenn über die Gesundheit der Eltern nicht der geringste Zweifel obwaltet.

Der Abimpfling soll frei sein von Geschwüren, Schrunden und Ausschlägen jeder Art, von Kondylomen an den Gesässtheilen, an den Lippen, unter den Armen und am Nabel, von Drüsenanschwellungen, chronischen Affektionen der Nase, der Augen und Ohren, wie von Anschwellungen und Verbiegungen der Knochen, er darf demnach kein Zeichen von Syphilis, Skrophulose, Rhachitis oder irgend einer anderen konstitutionellen Krankheit an sich haben.

Anmerkung: vergl. No. 3 Anmerkung a.

§ 6. Lymphe von Wiedergeimpften darf nur im Nothfall und nie zum Impfen von Erstimpflingen zur Anwendung kommen. Die Prüfung des Gesundheitszustandes eines wiedergeimpften Abimpflings muss mit besonderer Sorgfalt nach Massgabe der im § 5 angegebenen Gesichtspunkte geschehen.

§ 7. Jeder Impfarzt hat aufzuzeichnen, von wo und wann er seine Lymphe erhalten hat. Insbesondere hat er, wenn er Lymphe zur späteren eigenen Verwendung oder zur Abgabe an andere Aerzte aufbewahren will, den Namen der Impflinge, von denen die Lymphe abgenommen worden ist, und den Tag der erfolgten Abnahme aufzuzeichnen. Die Lymphe selbst ist derart zu bezeichnen, dass später über die Abstammung derselben ein Zweifel nicht entstehen kann.

Anmerkung a) vergl. § 4, Anmerkung.

Anmerkung b) Hierdurch soll die Verwendung von Mischlymphe verboten werden, mit Rücksicht darauf, dass durch die Benutzung solcher eventuell Schwierigkeiten bei Feststellung von Schädigungen entstehen können.

Die Aufzeichnungen sind bis zum Schlusse des nachfolgenden Kalenderjahres aufzubewahren.

§ 8. Die Abnahme der Lymphe darf nicht später als am gleichnamigen Tage der auf die Impfung folgenden Woche stattfinden.

Die Blattern, welche zur Entnahme der Lymphe dienen sollen, müssen reif und unverletzt sein und auf einem nur mässig entzündeten Boden stehen.

Blattern, welche den Ausgangspunkt für Rothlauf gebildet haben, dürfen in keinem Falle zum Abimpfen benutzt werden.

Mindestens eine Blatter muss am Impfling uneröffnet bleiben.

§ 9. Die Eröffnung der Blattern geschieht durch Stiche oder Schnittchen.

Das Quetschen der Blattern oder das Drücken ihrer Umgebung zur Vermehrung der Lymphmenge ist zu vermeiden.

§ 10. Nur solche Lymphe darf benutzt werden, welche freiwillig austritt und, mit blossem Auge betrachtet, weder Blut noch Eiter enthält.

Uebelriechende oder sehr dünnflüssige Lymphe ist zu verwerfen.

§ 11. Nur reinstes Glycerin darf mit der Lymphe vermischt werden. Die Mischung soll mittelst eines reinen Glasstabes geschehen.

C. Ausführung der Impfung und Wiederimpfung.

§ 12. Die zu impfenden Kinder sind vom Impfarzte vor der Impfung zu besichtigen; auch sind die begleitenden Angehörigen von ihm über den Gesundheitszustand der Impflinge zu befragen.

Kinder, welche an schweren akuten oder chronischen, die Ernährung stark beeinträchtigenden oder die Säfte verändernden Krankheiten leiden, sollen in der Regel nicht geimpft und nicht wiedergeimpft werden.

Ausnahmen sind (namentlich beim Auftreten der natürlichen Pocken) gestattet und werden dem Ermessen des Impfarztes anheimgegeben.

Anmerkung: Um Zurückweisung ungenügend gesäuberter Kinder zu vermeiden, wird für deren noch erforderlich scheinende Reinigung in den Impfterminen Wasser, Seife und Handtuch vorgehalten werden.

§ 13. Die Impfung ist als eine chirurgische Operation anzusehen und mit voller Anwendung aller Vorsichtsmassregeln auszuführen, welche geeignet sind, Wundinfektionskrankheiten fern zu halten, insbesondere hat der Impfarzt sorgfältig auf die Reinheit seiner Hände, der Impfinstrumente und der Impfstelle Bedacht zu nehmen; auch ist der Lymphevorrath während der Impfung durch Bedecken vor Verunreinigung zu schützen.

Anmerkung: Der Arzt hat vor Beginn des Impfaktes seine Hände und Arme wie vor jeder chirurgischen Thätigkeit zu desinfiziren und nach den Vorschriften des § 15 zu jeder Impfung ein steriles Instrument zu verwenden. — Dies ist um so erforderlicher als (gemäss Ministerialerlasses vom 31. März 1897 $\frac{\text{M. d. g. A. M. 10886}}{\text{M. d. J. II. 4437}}$ die wirklichen erysipelatösen und phlegmonösen Entzündungen (Erysipelas, Phlegmone) durch die in der Thierlymphe vorhandenen bekannten Keime, wie auch die Untersuchungen über den Keimgehalt des von den preussischen Anstalten erzeugten Impfstoffes festgestellt haben, nicht hervorgerufen werden, sondern dass dieselben, wenn sie auftreten, accidentelle Wundkrankheiten sind.

Die Anlegung eines Verbandes auf die Impfstelle ist nicht nothwendig, es empfiehlt sich jedoch, zur Eintrocknung der Lymphe den Arm etwa fünf Minuten unbedeckt zu lassen.

§ 14. Die Thierlymphe ist thunlichst bald nach dem Empfange zu verimpfen, bis zum Gebrauch aber an einem kühlen Orte und vor Licht geschützt aufzubewahren.

Die Lymphe darf durch Zusätze von Glycerin, Wasser oder anderen Stoffen nicht verdünnt werden.

§ 15. Zur Impfung eines jeden Impflinges sind nur Impfinstrumente zu benutzen, welche durch trockene oder feuchte Hitze (Ausglühen, Auskochen) oder durch Alkoholbehandlung keimfrei gemacht sind.

Die jedesmal für den Gebrauch nothwendige Menge von Lymphe kann entweder unmittelbar aus dem Glasgefässe mit dem Impfinstrumente entnommen oder auf ein keimfreies Glasschälchen gebracht werden. Beim Gebrauch von Haarröhrchen kann sie auch unmittelbar aus einer solchen auf das Instrument getropft werden.

§ 16. Die Impfung wird der Regel nach auf einem Oberarme vorgenommen und zwar bei Erstimpflingen auf dem rechten, bei Wiederimpflingen auf dem linken. Es genügen vier seichte Schnitte von höchstens 1 cm Länge.

Die einzelnen Impfschnitte sollen mindestens 2 cm von einander entfernt liegen. Stärkere Blutungen beim Impfen sind zu vermeiden. Einmaliges Einstreichen der Lymphe in die durch Anspannen der Haut klaffend gehaltenen Wunden ist im Allgemeinen ausreichend.

Anmerkung a) Der Arzt kann von der Regel betr. Auswahl des Armes, auf welchem geimpft werden soll, bei besonderen Gründen abweichen und die Gewohnheiten der Bevölkerung (die für Berlin-Charlottenburg aber mit jenen Vorschriften übereinstimmen dürften) und die Wünsche der Angehörigen des Impflings berücksichtigen.

Anmerkung b) Kreuz- und Gitterschnitte sind durch den Ministerialerlass vom 31. März 1897 $\frac{\text{M. d. g. A. M. 10886}}{\text{M. d. J. II. 4437}}$ verboten.

Das Auftragen der Lymphe mit dem Pinsel ist verboten. Uebrig gebliebene Mengen von Lymphe dürfen nicht in das Gefäss zurückgefüllt oder zu späteren Impfungen verwendet werden.

§ 17. Die Erstimpfung hat als erfolgreich zu gelten, wenn mindestens eine Pustel zur regelmässigen Entwickelung gekommen ist. Bei der Wiederimpfung genügt für den Erfolg schon die Bildung von Knötchen oder Bläschen an der Impfstelle. Bei Wiederimpflingen genügt ein solches Bläschen.

Anmerkung a) Die früher auf die Formulare für Impflisten abgedruckten anders lautenden bisherigen Bestimmungen sind abgeändert. Auch die Formulare für die Impflisten selbst sind abgeändert.

(Da die Aenderungen nicht sehr erheblich sind, so können die schon ausgeschriebenen älteren Impflisten für die Impfungen im Jahre 1900 noch benutzt werden.)

Anmerkung b) Der Impfarzt ist verpflichtet, in dem Impftermine den Nachschautermin bekannt zu machen und in dem letzteren für die besichtigten geimpften oder wiedergeimpften Personen die Impfscheine auszufertigen bezw. auszuhändigen.

§ 18. Der Impfarzt ist verpflichtet, etwaige Störungen des Impfverlaufs und jede wirkliche oder angebliche Nachkrankheit, soweit sie ihm bekannt werden, thunlichst genau festzustellen und an zuständiger Stelle sofort anzuzeigen.

Anmerkung a) Die Herren Impfärzte werden zu diesem Behufe ersucht, in jedem Impftermin die Anwesenden aufzufordern, dass sie ihnen bei abnormem Verlaufe der Impfung die betreffenden Impflinge zu Besichtigung zuführen.

Anmerkung b) Diese Anzeigen sind in Berlin der Königlichen Sanitäts-Kommission des Polizei-Präsidiums, in Charlottenburg der Königlichen Polizei-Direktion zu erstatten.

D. Privatimpfungen.

§ 19. Die Vorschriften des § 1 Absatz 3 sowie der §§ 4 bis 18 gelten auch für Privatimpfungen.

Bemerkung.

Der Regierungs- und Medizinal-Rath oder ein hiermit be-

auftragter Königlicher Physikus wird einzelnen Impfterminen unvermuthet beiwohnen.

II. Grundsätze für die Lieferung von Lymphe aus den Königlichen Anstalten zur Gewinnung thierischen Impfstoffes.

Die Anträge auf Lieferung von Lymphe aus einer Königlichen Anstalt zur Gewinnung thierischen Impfstoffes sind brieflich oder telegraphisch bei dem Dirigenten der Anstalt anzubringen.

Zur Stellung desselben sind Aerzte, Behörden und Vorstände öffentlicher Krankenanstalten befugt. Das Impfergebniss ist alsbald nach seiner Feststellung der Anstalt auf den den Sendungen zur Berichterstattung beigefügten Karten durch den Arzt, der die Impfungen vorgenommen hat, portofrei mitzutheilen.

Anmerkung: Nichtärzte (Familien etc.) erhalten Lymphe nur in den Niederlagen, über welche Näheres besonders bekannt gemacht werden wird, nicht aber in der Anstalt selbst.

Bei den Lymphbestellungen ist Folgendes zu beachten:

a) Die Anträge auf Lieferung der Lymphe zu öffentlichen Impfungen sind unter deutlicher Angabe des Namens und des Wohnortes des mit der Ausführung derselben beauftragten Arztes, sowie der Zahl der Impfungen, zu denen, und des Tages, an welchem die Verwendung stattfinden soll, mindestens vierzehn Tage vor dem letzteren einzubringen.

Die Lieferung erfolgt in der Regel an den Impfarzt.

b) Die Anträge auf sofortige Lieferung von Lymphe zu den Impfungen, welche wegen des Ausbruches der natürlichen Pocken von den zuständigen Behörden angeordnet sind, oder welche aus gleichem Grunde in Krankenanstalten oder Gefängnissen an dem Wartepersonal bezw. den Insassen dieser Anstalten vorgenommen, oder welche an ausländischen Arbeitern auf Anordnung der zuständigen Behörden ausgeführt werden sollen, haben ausser dieser Bezeichnung der Adresse, an welche die Sendung geschickt werden soll, die Zahl der voraussichtlich zur Impfung gelangenden Personen zu enthalten.

c) Die Anträge auf Lieferung von Lymphe zu privaten Zwecken können nur von Aerzten gestellt werden, auch bei diesen kann der Anstalts-Dirigent eine vierzehntägige Vorausbestellung verlangen.

Die Lieferung erfolgt in den Fällen a und b kosten- und portofrei, für private Zwecke kosten- und portopflichtig und zwar gegen eine durch Einsendung mit der Post frei einschliesslich Bestellgeld im Voraus zu leistende Zahlung von 20 Pfennig für eine zu einer Impfung, von 60 Pfennig für eine zu fünf Impfungen hinreichende Menge. Die Verwendung von Postmarken zur Zahlung ist nicht statthaft.

III. Verhaltungsvorschriften*) für die Angehörigen der Erstimpflinge.

§ 1. Aus einem Hause, in welchem ansteckende Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Croup, Keuchhusten, Flecktyphus, rosenartige Entzündungen oder die natürlichen Pocken herrschen, dürfen die Impflinge zum allgemeinen Termine nicht gebracht werden.

§ 2. Die Eltern des Impflings oder deren Vertreter haben dem Impfarzte vor der Ausführung der Impfung über frühere oder noch bestehende Krankheiten des Kindes Mittheilung zu machen.

§ 3. Die Kinder müssen zum Impftermine mit rein gewaschenem Körper und mit reinen Kleidern gebracht werden.

§ 4. Auch nach dem Impfen ist möglichst grosse Reinhaltung des Impflinges die wichtigste Pflicht.

§ 5. Man versäume eine tägliche sorgfältige Waschung nicht.

§ 6. Die Nahrung des Kindes bleibe unverändert.

§ 7. Bei günstigem Wetter darf das Kind ins Freie gebracht werden, man vermeide im Hochsommer nur die heissesten Tagesstunden und die direkte Sonnenhitze.

§ 8. Die Impfstellen sind mit grosser Sorgfalt vor dem Aufreiben, Zerkratzen und vor Beschmutzung zu bewahren; sie dürfen nur mit frisch gereinigten Händen berührt werden; zum Waschen der Impfstellen darf nur reine Leinwand oder reine Watte verwendet werden.

Vor Berührung mit Personen, welche an eiternden Geschwüren, Hautausschlägen oder Wundrose (Rothlauf) erkrankt sind, ist der Impfling sorgfältig zu bewahren, um die Uebertragung von Krankheitskeimen in die Impfstellen zu verhüten; auch sind die von solchen Personen benutzten Gegenstände von den Impflingen fern zu halten. Kommen unter den Angehörigen des Impflinges, welche mit ihm denselben Haushalt theilen, Fälle von Krankheiten der obigen Art vor, so ist es zweckmässig, den Rath eines Arztes einzuholen.

§ 9. Nach der erfolgreichen Impfung zeigen sich vom vierten Tage ab kleine Bläschen, welche sich in der Regel bis zum neunten Tage unter mässigem Fieber vergrössern und zu erhabenen, von einem rothen Entzündungshof umgebenen Schutzpocken entwickeln. Dieselben enthalten eine klare Flüssigkeit, welche sich am achten Tage zu trüben beginnt. Vom zehnten bis zwölften Tage beginnen die Pocken zu einem Schorfe einzutrocknen, der nach drei bis vier Wochen von selbst abfällt.

Die erfolgreiche Impfung lässt Narben von der Grösse der Pusteln zurück, welche mindestens mehrere Jahre hindurch deutlich sichtbar bleiben.

§ 10. Bei regelmässigem Verlauf der Schutzpocken ist ein Verband überflüssig, falls aber in der nächsten Umgebung derselben eine starke breite Röthe entstehen sollte, sind kalte, häufig zu wechselnde Umschläge mit abgekochtem Wasser anzuwenden, wenn die Pocken sich öffnen, ist ein reiner Verband anzulegen.

Bei jeder erheblichen, nach der Impfung entstehenden Erkrankung ist ein Arzt zuzuziehen, der Impfarzt ist von jeder solchen Erkrankung, welche vor der Nachschau oder innerhalb 14 Tagen nach derselben eintritt, in Kenntniss zu setzen.

§ 11. An dem im Impftermine bekannt zu gebenden Tage erscheinen die Impflinge zur Nachschau. Kann ein Kind am Tage der Nachschau wegen erheblicher Erkrankung oder weil in dem Hause eine ansteckende Krankheit herrscht (§ 1) nicht in das Impflokal gebracht werden, so haben die Eltern oder deren Vertreter dieses spätestens am Termintage dem Impfarzt anzuzeigen.

§ 12. Der Impfschein ist sorgfältig aufzubewahren.

IV. Verhaltungsvorschriften für die Wiederimpflinge.*)

§ 1. Aus einem Hause, in welchem ansteckende Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Croup, Keuchhusten,

*) Dieselben werden bereits bei der Vorladung durch das zuständige Polizei-Revier den Angehörigen eingehändigt.

*) Dieselben werden bereits bei der Vorladung durch das zuständige Polizei-Revier dem Angehörigen eingehändigt.

Flecktyphus, rosenartige Entzündungen oder die natürlichen Pocken herrschen, dürfen die Impflinge zum allgemeinen Termine nicht kommen.

§ 2. Die Kinder sollen im Impftermine mit reiner Haut, reiner Wäsche und in sauberen Kleidern erscheinen.

§ 3. Auch nach dem Impfen ist möglichst grosse Reinhaltung des Impflinges die wichtigste Pflicht.

§ 4. Die Entwickelung der Impfpusteln tritt am 3. oder 4. Tage ein und ist für gewöhnlich mit so geringen Beschwerden im Allgemeinbefinden verbunden, dass eine Versäumniss des Schulunterrichts deshalb nicht nothwendig ist. Nur wenn ausnahmsweise Fieber eintritt, soll das Kind zu Hause bleiben. Stellen sich vorübergehend grössere Röthe und Anschwellungen der Impfstellen ein, so sind kalte, häufig zu wechselnde Umschläge mit abgekochtem Wasser anzuwenden. Die Kinder können das gewohnte Baden fortsetzen. Das Turnen ist vom 3. bis 12. Tage von Allen, bei denen sich Impfblattern bilden, auszusetzen. Die Impfstellen sind, so lange sie nicht vernarbt sind, sorgfältig vor Beschmutzung, Kratzen und Stoss sowie vor Reibungen durch enge Kleidung und vor Druck von aussen zu hüten. Insbesondere ist der Verkehr mit solchen Personen, welche an eiternden Geschwüren, Hautausschlägen oder Wundrose (Rothlauf) leiden, und die Benutzung der von ihnen gebrauchten Gegenstände zu vermeiden.

§ 5. Bei jeder erheblichen nach der Impfung entstehenden Erkrankung ist ein Arzt zuzuziehen, der Impfarzt ist von jeder solchen Erkrankung, welche vor der Nachschau oder innerhalb 14 Tagen nach derselben eintritt, in Kenntniss zu setzen.

§ 6. An dem im Impftermine bekannt zu gebenden Tage erscheinen die Impflinge zur Nachschau. Kann ein Kind am Tage der Nachschau wegen erheblicher Erkrankung oder weil in dem Hause eine ansteckende Krankheit herrscht (§ 1), nicht in das Impflokal kommen, so haben die Eltern oder deren Vertreter dieses spätestens am Termintage dem Impfarzt anzuzeigen.

§ 7. Der Impfschein ist sorgfältig aufzubewahren.

Der Polizei-Präsident.
S. C. 383/1900. Berlin, den 20. März 1900.

Indem ich die vorstehenden Vorschriften und Grundsätze zur Kenntniss der Herren Aerzte bringe und bemerke, dass auch für den Handel mit Thierlymphe in den Apotheken eingehende neue Bestimmungen erlassen sind, mache ich in Gemässheit der Ausführungen des erwähnten Ministerialerlasses noch auf Folgendes aufmerksam:

„Eine grosse Gefahr für die Impflinge birgt auch die vielfach unsachgemässe Behandlung derselben und der Impfwunden bezw. Impfpusteln nach der Impfung, durch welche der weitaus grösste Theil der verschiedenen Reizerscheinungen (Entzündungen der Impfstellen, der benachbarten Lymphdrüsen, des Unterhaut-Zellengewebes etc.) Hautausschläge u. s. w. hervorgerufen wird. Zur Verminderung dieser Fälle hat der Impfarzt vor Allem darauf zu achten, dass die Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Impflinge und für die Wiederimpflinge seitens der Behörden rechtzeitig den Angehörigen bezw. bei erwachsenen Impflingen diesen selbst ausgehändigt werden.

Wo dies unterblieben ist, hat es der Impfarzt im Impftermine nachzuholen. Aber auch durch Belehrung im Impftermine hat der Impfarzt dahin zu wirken, dass die Impflinge und deren Angehörige durch Sauberkeit, durch zweckmässige Kleidung und durch Vermeidung von Anstrengungen des geimpften Armes Reizungen der Impfstellen thunlichst verhindern."

Schliesslich bemerke ich, dass die veränderten Formulare für die Impflisten u. A. durch die Reichsdruckerei, Oranienstrasse 90/91 und durch die Verlagsbuchhandlung von Eugen Grosser, Wilhelmstr. 121 zu beziehen sind. Abdrücke der vorstehenden Bestimmungen und Verfügung sind zum Preise von 40 Pf. bei Carl Kühn & Söhne, Berlin C., Breitestr. 25/26, zu haben. gez. von Windheim.

Der Fall Zehnder.

Wieder einmal eine „widerrechtliche Einsperrung eines Nichtgeisteskranken in eine Irrenanstalt" — nach Meinung des Publikums. Diesmal betrifft's einen Arzt und ist nicht etwa durch arglistige Angehörige oder rachsüchtige Nachbarn, sondern durch die Kgl. Regierung von Niederbaiern veranlasst.

Wir entnehmen die Thatsachen, um die es sich handelt, der Münchener Medizinischen Wochenschrift: Dr. Zehnder, Arzt in Passau, wurde am 23. März von Polizeibeamten aus seiner Wohnung in die Irrenanstalt Deggendorf überführt. Dieser Massnahme lag lediglich ein Gutachten zu Grunde, welches der Direktor der Anstalt ohne persönliche Untersuchung „auf Grund der Akten" abgegeben hatte. Inzwischen ist Dr. Z. auf eigenen Wunsch in eine Nervenheilanstalt übergesiedelt.

Das Passauer Publikum ist fest überzeugt, dass Dr. Z. geistesgesund ist, am letzten Tage noch soll er seine ärztlichen Geschäfte prompt erledigt und eine erfolgreiche Gebärmutterausrottung vorgenommen haben. Jeder, der nur einigermassen irrenärztlich gebildet ist, kennt die völlige Bedeutungslosigkeit solcher Thatsachen für die Frage gewisser geistiger Erkrankungen, besonders der Paranoia. Dagegen widerspricht der Vorgang, falls er richtig geschildert ist, nach den Mittheilungen der genannten Zeitschrift einer bairischen Ministerial-Verordnung von 1895, welche ausdrücklich fordert, dass der Einlieferung in die Anstalt ein amtsärztliches, ausnahmslos auf persönlicher Untersuchung basirendes Gutachten zu Grunde liegen muss.

Wir zweifeln nicht, dass eine Erklärung von zuständiger Seite bald Licht in diese recht unaufgeklärte Angelegenheit bringen wird. Solange man noch nicht weiss, was die bairische Regierung zu dem von ihr gethanen Schritte veranlasst hat und welcher Art die Akten sind, auf denen das Gutachten des Anstaltsdirektors beruht, insbesondere, ob Dr. Z. früher einmal amtsärztlich untersucht worden ist, ist jede weitere Erörterung des Falles müssig.

Die Geschäftsordnung für die ärztlichen Ehrengerichte und den ärztlichen Ehrengerichtshof

ist den Aerztekammern zugegangen.

Dieselbe enthält eine Bestimmung, welche in Aerztekreisen lebhaftes Aufsehen erregt. § 15 lautet nämlich:

„Der Vorsitzende hat von jeder ehrengerichtlichen Bestrafung eines Arztes der über dem Wohn- und Aufenthaltsort desselben zuständigen Staatsanwaltschaft Mittheilung zu machen."

Wie die „Berl. Aerzte-Corr." mittheilt, hat der Vorstand der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg einstimmig beschlossen, bei dem Herrn Minister zu beantragen, dass von der Meldung an die Staatsanwaltschaft Rügen, Verweise und Verwarnungen auszuschliessen seien.

Die Zulassung der Realgymnasialabiturienten zum ärztlichen Studium

wird nach übereinstimmenden Blättermeldungen von der preussischen Regierung beim Bundesrath befürwortet werden.

Für die deutschen Aerzte ist dieser Beschluss ein psychologisches Räthsel. Welchem dringenden Bedürfniss soll damit entsprochen werden? Dass es bei uns an Aerzten mangelt, wird niemand behaupten wollen, und gegen die Annahme, dass die humanistischen Gymnasien bisher nicht vermocht hätten, genügend tüchtige Elemente für den ärztlichen Stand zu liefern, spricht am deutlichsten die Entwicklung der Heilkunst in Deutschland in den letzten Jahrzehnten. Wenn man aber der Meinung ist, dass die humanistischen Gymnasien für die praktischen Berufe keine vollkommen geeigneten Bildungsstätten sind — eine Meinung, über die sich bekanntlich streiten lässt — warum fasst man dann nicht das Uebel an der Wurzel und führt die lange geplante Reform des gesammten höheren Unterrichts vollkommen durch?! Oder sollte das „Bedürfniss" auf der anderen Seite liegen? Sollten die Abiturienten der Realgymnasien für ihr Fortkommen durchaus eines weiteren Feldes bedürfen als ihnen bisher geboten ist? Dies anzuerkennen wird man sich bei dem gegenwärtigen Aufblühen aller technischen Fächer schwer entschliessen können. Also warum sollen jetzt plötzlich dem schwer um seine Existenz ringenden Stande neue Konkurrenzelemente zugeführt werden?

Der Ausschuss der preussischen Aerztekammern ist bereits zusammengetreten, um zu diesem Gegenstande Stellung zu nehmen.

Zum Reichs-Seuchengesetz.

Wir haben den Wortlaut des Gesetzentwurfes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, wie das Reichs-Seuchengesetz seitens der Regierung genannt wird, in der vorigen Nummer unserer Zeitung veröffentlicht. Der Entwurf ordnet bekanntlich die Anzeigepflicht an für jeden Fall von Lepra, asiatischer Cholera, Flecktyphus, Blattern, Beulenpest und gelbem Fieber und ermächtigt die Ortspolizeibehörden, kranke und krankheitsverdächtige Personen besagter Klassen zu isoliren. Es dürfen in seuchenbefallenen Ortschaften zweckdienliche Verkehrserschwerungen angeordnet, Märkte und Versammlungen verboten werden; Räume und Gegenstände, die mit Kranken in Berührung gekommen, müssen einer weitgehenden Desinfektion unterworfen werden. Für Gegenstände, die dadurch unbrauchbar werden, ist Entschädigung nach einem Feststellungsverfahren seitens der Landesbehörden zu leisten. Wer solche Stücke, noch nicht gereinigt, wieder in Gebrauch nimmt oder an Andere überlässt, wird mit Gefängniss bis zu zwei Jahren, bei mildernden Umständen mit Geldstrafe bis zu 1500 Mk. belegt. Sind in Folge des Vergehens Leute erkrankt, so tritt unter allen Umständen Gefängnissstrafe ein, bei mildernden Umständen nicht unter einer Woche, in schweren Fällen bis zu drei Jahren. Ohne schlimme Folge gebliebene Zuwiderhandlungen unterliegen Geldstrafen zwischen 10—150 Mk. Der Entwurf giebt auch dem beamteten Arzte gewisse Vollmachten für die Anordnung erster Massregeln gegen die Verbreitung der Krankheiten. —

Bei der ersten Lesung des Gesetzentwurfes, welche am 24. April stattfand, wurden alsbald mehrere Punkte der allgemeinen Erörterung unterzogen, welche wohl die hauptsächlichsten Gegenstände des Streites sein werden. — Dr. Endemann führte in sachgemässer Weise aus, dass die Nothwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Seuchenbekämpfung sich, nachdem die Cholera von 1892 glücklich überwunden war, als dringend herausgestellt habe. Wie dieser Redner erwähnte und wie es besonders der Staatssekretär Dr. Graf von Posadowsky bestätigte, sind die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen unzweifelhaft ungenügend; das gehe aus der Judikatur des Reichsgerichts hervor, die alle über die einschlägige preussische Verordnung von 1835 hinausgehenden polizeilichen Bestimmungen für ungesetzlich erklärt. — Während Endemann die Beschränkung des Gesetzentwurfes auf die sechs genannten Krankheiten bemängelte, gab der Staatssekretär die Erklärung ab, dass die Regierung sich absichtlich auf diejenigen Krankheiten beschränkt hätte, welche vom Ausland eingeschleppt werden; „zur Bekämpfung der anderen ansteckenden Krankheiten wären grossartige Verwaltungsmassregeln seitens der Einzelregierungen nothwendig." — Endlich wurde von gewisser Seite die Mitwirkung der Aerzte bei der Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten der Besprechung unterzogen. Der Abgeordnete Gamp äusserte sich gegen die Absicht des Gesetzentwurfes, dass dem Arzte gewisse Funktionen einer Behörde zugewiesen würden; das hielte er nicht für berechtigt; diese Vollmachten des Arztes seien viel zu weitgehend. Dem gegenüber erklärte Endemann, dass es selbstversändlich sei, dass die beamteten Aerzte in diesem Gesetz eine Hauptrolle spielten; der Staat müsse sich doch an seine Organe halten, und „wenn Kenntnisse und Erfahrungen mit Takt gepaart sind, so sei darin nichts Schlimmes zu sehen". Zu dieser Ansicht bekannte sich auch der Staatssekretär in dankenswerther Weise mit folgenden Worten:

„Der Einwand, dass der beamtete Arzt durch das Gesetz eine zu grosse Machtvollkommenheit erlange, die man ihm nicht anvertrauen dürfe, ist nicht stichhaltig, ebensowenig die Behauptung, dass er gegenüber dem Privatarzt in eine schiefe Stellung gebracht wird. Der beamtete Arzt hat nicht das Streben, sich in die Behandlung des Einzelnen einzumischen, er hat nur das zu kontroliren, was zum allgemeinen Wohle dient; er hat ganz andere Funktionen als der Privatarzt. Dann ist nicht zu vergessen, dass der beamtete Arzt nicht endgiltige Entscheidungen, sondern nur vorläufige Anordnungen treffen kann. Bei der Schnelligkeit, mit der gewisse Krankheiten um sich greifen, sind solche schnell erfolgenden Anordnungen nothwendig. Die Hauptsache ist, den ersten Fall festzustellen. Gelingt es hier, rechtzeitig die Diagnose zu ermitteln und Sicherheitsmassregeln zu treffen, dann kann unter Umständen das ganze deutsche Reich vor einer gefährlichen Seuche bewahrt bleiben. Deshalb muss der beamtete Arzt die Möglichkeit haben, eine schnelle Anordnung zu treffen, ohne dass seine Entscheidung deshalb endgiltig ist. Diese steht, sobald es gelungen ist, die letzte Ursache der Krankheit festzustellen, der Polizeibehörde zu."

Während einzelne Redner keine allzugrosse Sympathien für die reichsgesetzliche Regelung der Seuchenbekämpfung überhaupt hatten, und die Vorlage in einer Kommission von 21. Mitgliedern begraben lassen wollten, wurde der Entwurf doch auf die Vorstellungen anderer Abgeordneter, insbesondere des Staatssekretärs, welcher in anerkennenswerther Weise die Dringlichkeit des Gesetzes befürwortete, einer Kommission von 14 Mitgliedern überwiesen. — Hoffen wir, dass sich deren Verhandlungen nicht allzu sehr in die Länge ziehen! —

B.

Zur Medizinalreform in Preussen.

Wie die Nat.-Ztg. meldet, hat sich im Auftrage des Kultusministers der Dirigent der Medizinalabtheilung, Geheime Ober-Regierungsrath Dr. Förster, in Begleitung des Geheimen Medizinalraths Dr. Kirchner zum Zwecke der Informirung über verschiedene Einrichtungen des Medizinalwesens nach Dresden, München, Stuttgart und Darmstadt begeben.

B.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 10. Ausgegeben am 15. Mai.

Inhalt:

Die durch Ministerialerlass vom 28. Februar 1900 in Kraft getretenen Vorschriften zur Ausführung des Impfgesetzes.

Von
Dr. Matthias Schulz,
Vorsteher der K. Anstalt zur Gewinnung thierischen Impfstoffes zu Berlin.

Im Juli 1898 tagte im Kaiserlichen Gesundheitsamte eine Sachverständigen-Kommission, deren Aufgabe es war, die älteren, am 18. Juni 1885 in Bezug auf die Ausführung des Impfgesetzes gefassten Bundesrathsbeschlüsse zu prüfen und sie den Fortschritten der Wissenschaft und den gemachten praktischen Erfahrungen entsprechend zu ergänzen, bezw. umzuarbeiten. Der Bundesrath unterzog nachher seinerseits die Ergebnisse der Kommissionsverhandlungen der Berathung und stellte in einer Sitzung vom 28. Juni 1899 die „Beschlüsse und Entwürfe von Vorschriften zur Ausführung des Impfgesetzes“ fest.

Auf Grund weiterer Erwägungen wurden unter dem 28. Februar 1900 die preussischen Ausführungsvorschriften erlassen, welche mit der diesjährigen Impfperiode in Kraft traten.

Ein Vergleich der neuen und der alten Bestimmungen ergiebt, dass aus den letzteren vieles Bewährte übernommen ist. Die bedeutungsvollsten Veränderungen beziehen sich auf die Durchführung allgemeiner Benutzung der Thierlymphe und auf die Einführung der aseptischen Vorschriften in die Technik der Impfung, soweit es die Eigenart der letzteren gestattet. Weitere Aenderungen haben die älteren Vorschriften zu dem Zwecke erfahren, die Ausführung des Impfgesetzes in noch höherem Masse zu sichern, als es früher der Fall war, schädlichen Folgen der Impfung vorzubeugen, angebliche oder wirkliche Schädigungen durch dieselbe klar zu legen und Einzelnes zu beseitigen, was nach dem jetzigen Standpunkt der Wissenschaft unnöthig ist.

I. Die allgemeine Benutzung der Thierlymphe.

Das Fehlen einer ausreichenden Zahl von Anstalten zur Gewinnung thierischen Impfstoffes machte die ausschliessliche Einführung desselben im Jahre 1885 unmöglich, und der Bundesrath musste sich damals auf den Beschluss beschränken, dass die öffentlichen Impfungen mit Thierlymphe auszuführen seien, sobald der Bedarf seitens einer Anstalt in den betreffenden Bezirken gedeckt sein würde. Im Laufe der Jahre sind solche Anstalten von den Staaten in genügender Anzahl eingerichtet, und der Ministerialerlass vom 31. März 1897 ordnete für die öffentlichen Impfungen in Preussen bereits an, dass bei denselben im allgemeinen ausschliesslich thierischer Impfstoff aus den Landesanstalten zu verwenden sei, und dass der Impfarzt es besonders begründen müsste, wenn sich in einzelnen Fällen die Benutzung von Menschenlymphe als

nothwendig erwiese. Nachdem nun durch den Bundesrathsbeschluss vom 28. Juni 1899 festgelegt ist, dass Menschenlymphe sowohl bei öffentlichen als auch bei privaten Impfungen nur in Ausnahmefällen verwendet werden darf, ist in Preussen auch den Privatärzten die Verpflichtung auferlegt, die Menschenlymphe nur ausnahmsweise zu benutzen, und den etwaigen Gebrauch derselben für jeden Fall den Behörden gegenüber eingehend zu begründen.

Nun war es die Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass die zu den Impfungen zuzulassende Lymphe in der denkbar tadelfreisten Beschaffenheit hergestellt werde. Die für die Staatsanstalten bereits vorhandenen Betriebsvorschriften wurden demnach umgearbeitet, und der Beschluss gefasst, dass die Thierlymphe für alle Impfungen nur aus staatlichen Impfanstalten oder deren Niederlagen, oder aus solchen Privatimpfanstalten, welche einer staatlichen Aufsicht unterstehen, bezogen werden darf. Die Privatanstalten, deren Besitzer ihre Zustimmung dazu erklärt haben, werden demnach Revisionen unterzogen, und die Namen derjenigen, deren Lymphe in Deutschland Verwendung finden darf, gelangen demnächst zur Veröffentlichung. Ausserdem sind Vorschriften über den Lymphehandel in den Apotheken in Kraft getreten, aus welchen besonders hervorgehoben werden möge, dass die Abgabe derselben nur in der Originalverpackung der Lymphegewinnungsanstalt erfolgen darf, und dass dieser Verpackung die Bezeichnung der Anstalt, Angaben über die Nummer des Versandbuches derselben, den Tag der Abnahme und über die in der Verpackung enthaltene Zahl von Portionen, sowie eine Gebrauchsanweisung beigefügt sein muss. Lymphe, welche vor mehr als drei Monaten abgenommen ist, darf nicht abgegeben werden. Ein ärztliches Rezept ist zum Kaufe des Stoffes nicht nöthig, der Abnehmer hat aber in der Apotheke seinen Namen und seine Wohnung anzugeben.

Die Stellung, welche die deutschen Bundesregierungen in Bezug auf die Versorgung der Privatärzte mit Impfstoff aus ihren Staatsanstalten eingenommen haben, ist eine sehr verschiedene. In einzelnen Staaten wird jedem Arzte sein Bedarf zu Privatimpfungen unentgeltlich aus diesen Anstalten zur Verfügung gestellt, in anderen war der Impfstoff in denselben unter gewissen Bedingungen käuflich zu erlangen, welche den Bezug erschwerten. Man hörte hier und da die Meinung aussprechen, dass die Privatimpfungen nicht begünstigt werden sollten, damit der Zulauf zu den öffentlichen Terminen gefördert werde. Dieses Prinzip hat sich nicht bewährt, denn es werden in den grösseren Städten private Impfungen in grosser Ausdehnung vorgenommen, und es ist in Preussen beschlossen worden, den Bezug der Lymphe aus den Königl. Anstalten für das Publikum in mehrfachen Beziehungen zu erleichtern.

Denselben liegt nach wie vor die Verpflichtung ob, den Stoff für die öffentlichen und für Impfungen, welche bei Ausbruch der natürlichen Pocken von den Behörden angeordnet sind, oder an ausländischen Arbeitern vollzogen werden, unentgeltlich zu liefern. Anträge auf Abgabe von Impfstoff zu privaten Zwecken können von Aerzten unter vorheriger, portofreier Einsendung des Betrages mit der Post bei den Anstalten gestellt werden.

Um den Bedürfnissen grösserer Städte thunlichst Rechnung zu tragen, können Niederlagen der Königlichen Anstalten bei Behörden und in Apotheken eingerichtet werden. Die ersteren kommen nur in Ausnahmefällen in Betracht, von grösserer Wichtigkeit sind die Apotheken-Niederlagen, in welchen Jedermann Impfstoff ohne ärztliches Rezept kaufen kann. Augenscheinlich hat dieser Bestimmung die Absicht zu Grunde gelegen, Mustereinrichtungen zu schaffen, in welcher der Abnehmer stets wirksamen Stoff erhalten kann. Dem Anstaltsvorsteher fällt dabei die Aufgabe zu, die an die Niederlagen abgegebene Lymphe fortgesetzt auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und minder wirksam gewordene aus dem Verkehr zurückzuziehen, während der Apotheker für zweckmässige Aufbewahrung Sorge trägt. Beide zusammen werden dahin zu wirken haben, dass die Menge des der Niederlage überwiesenen Stoffes der Grösse des Verkehrs, welcher in den verschiedenen Abschnitten des Jahres verschieden ist, entspricht, und dass auch die Zeit, nach welcher der Stoff erneuert werden muss, der Jahreszeit angepasst wird. Nach den gegebenen Bestimmungen ist die Liegefrist in der Apotheke auf die Zeit von vier Wochen bemessen, bei grösserer Hitze wird es vortheilhaft sein, dieselbe abzukürzen. Alle diese Aufgaben lassen sich nur richtig erfüllen, wenn die Zahl der Niederlagen eine beschränkte ist. Es würde dem Sinne der ganzen Einrichtung nicht entsprechen, wenn man in allen Apotheken einer Grossstadt, z. B. Berlins solche Lymphe-Depots einrichtete. In vielen derselben würde der Betrieb ein geringer sein, es müsste der Anstalt oft unverkaufter Stoff zurückgegeben werden, und hierdurch würde dieser nebst dem Verpackungsmaterial ungenützt in Verlust gerathen. Den Staatsanstalten stehen auch nicht genügende Geldmittel und Arbeitskräfte zur Verfügung, um die Versorgung aller Apotheken einer Stadt wie Berlin oder einer Provinz in der oben geschilderten Art und Weise durchführen zu können. —

Es erscheint auch nicht aus anderen Gründen geboten, in allen Apotheken Niederlagen der Staatsanstalten einzurichten. Der Verkauf von Thierlymphe ist nicht auf die Apotheken beschränkt, Jedermann kann sie ungestraft vertreiben, und ausserdem ist bei ihrer Anwendung nie eine solche Eile geboten, dass sie im gegebenen Falle innerhalb ganz kurzer Zeit aus der Nähe herbeigeschafft werden muss. Dem Sachverständigen ist ja bekannt, dass die Impfung im Allgemeinen erst nach 11 Tagen vollen Pockenschutz gewährt und dass dieser ganz allmählich eintritt. Es ist im einzelnen Falle daher gleichgiltig, ob sie ein paar Stunden früher oder später vollzogen wird.

Die Lymphe, welche Staatseigenthum ist und für deren Eigenschaften die Vorsteher der Staatsanstalten die Verantwortung tragen, kann nicht wie ein anderer Handelsartikel frei verkauft werden. Es muss den Behörden bekannt sein, wer dieselbe abgiebt, und darum ist den Inhabern von Niederlagen verboten, sie Wiederverkäufern zu überlassen, d. h. selber Depots in anderen Geschäften einzurichten. Die Abgabe würde sich, wenn dies geschähe, gar nicht mehr kontrolliren lassen, da der Stoff, ehe er an die Konsumenten gelangt, durch verschiedene Hände gegangen wäre. Natürlich darf auch mit der aus staatlichen Anstalten bezogenen Lymphe keine eigentliche Reklame gemacht werden.

In Berlin sind 10, in Charlottenburg 2 solcher Niederlagen in verschiedenen Stadttheilen eingerichtet.

Bei der Neuordnung des Impfwesens haben auch die Preise der Lymphe eine Veränderung erfahren. In früheren Zeiten gaben die Königl. Anstalten in Preussen den Stoff für eine zu einer Impfung bezw. fünf Impfungen ausreichende Menge für 1 Mark ab. Gegenwärtig kostet eine solche Menge in den Anstalten 60 Pfg. Es erschien aber auch zweckmässig, Denjenigen, welche nur Stoffes zu einer Impfung bedürfen, entgegenzukommen und darum werden zu Einzelnportionen für je 20 Pf. versendet.

Der Umstand, dass bei direktem Bezuge aus den Anstalten die Portokosten für die Bestellung und die Zusendung hinzutreten, lässt den Bezug aus den Niederlagen, aus welchen der Stoff direkt abgeholt werden kann, empfehlenswerth erscheinen.

Diese verkaufen die Einzelnportionen zu 30 Pf., eine zu fünf Impfungen ausreichende Menge für 1 Mark und verdienen daran $33^1/_3$ bis 40 Prozent, ein Gewinn, der ihnen sonst auch bei Spezialitäten zufällt. Besondere Geschäftsunkosten erwachsen ihnen aus dem Verkaufe der Lymphe nicht.

(Schluss folgt.)

Ein Heilerziehungsheim.

Von

Prof. D. Dr. Zimmer-Berlin-Zehlendorf.

Es bedarf für Aerzte keinerlei Ausführung, dass und weshalb besondere Veranstaltungen getroffen werden müssen, um jene krankhaft veranlagten, reizbaren, erregten, namentlich von den Eltern her belasteten Persönlichkeiten, wie sie das weibliche Geschlecht so viel bietet, aufzunehmen und — zu erziehen. Denn bei psychogenen Krankheitszuständen ist thatsächlich nicht die Heilung, sondern die Erziehung die Hauptsache. Für solche Zustände giebt es keine Medikamente, nur ein verständnissvolles, festes, aber doch auf psychiatrischer Bildung beruhendes persönliches Einwirken. Wenigstens in den Anfangsstadien derartiger Erkrankungen ist nicht die Familie, aber auch noch nicht die Nervenheil- oder Irrenanstalt der Ort, an welchem solche Persönlichkeiten zweckmässige Aufnahme finden.

Die Familie versteht solche Kranke überhaupt nicht und erkennt die Krankheit nicht, und so sind hysterische, sexuell Erregte, Schwachsinnige mit ungezügelten Trieben bei leidlich normaler Intelligenz und dergleichen nicht blos für sich selbst in dauernder Unruhe, sondern werden durch den fortwährenden Kampf in ihrer Familie in ihrer krankhaften Neigung nur bestärkt. Sie werden nur immer störrischer und dadurch schliesslich für die Familie unerträglich.

Aber wohin mit solchen Mädchen? Die Nervenheilanstalten müssten eine noch neue Aufgabe aufnehmen, wenn sie das erfüllen sollten, was hier gefordert wird. Sie sind doch in erster Linie Heilanstalten und können nur in beschränktem Masse Erziehungshäuser sein. Immerhin sind sie zweckmässiger als die üblichen Mädchenpensionate, in welchem Hysterische direkt Gift und pathologische Lügnerinnen und dergleichen für die Anderen gefährlich sind und für sich selbst keine Förderung finden.

Man müsste sich deshalb wundern, dass nicht schon längst der Versuch gemacht worden ist, durch besondere Heilerziehungsanstalten Abhilfe zu schaffen, wenn nicht die Bedingungen für eine derartige Veranstaltung nur ungemein schwer zu schaffen wären. Erstlich fehlt es noch ziemlich an Pädagogen, die an psychopathische Minderwerthigkeiten gewöhnt sind und dieselben behandeln können. Sodann kann eine derartige Anstalt nur dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn mit dem Pädagogen der Arzt in engster Gemeinschaft arbeitet, und wenn Psychiater und Neurologen theils zu dauernder Beobachtung, theils zu gelegentlicher Konsultation herangezogen werden können. Weiter, und das ist mindestens ebenso wichtig, muss ein geschultes Erziehungs- und Pflege-Personal vorhanden sein, das auch gelegentlich ausgewechselt werden muss, weil eine derartige Arbeit thatsächlich die Kräfte rasch abnutzen dürfte. Alles dies ist aber im Allgemeinen nur unter materiellen Bedingungen zu schaffen, die über die Leistungsfähigkeit der Meisten, um die es sich hierbei handelt, hinausgeht, und schliesst deshalb ein Risiko in sich, das allein es schon genügend erklärt, wenn bisher eine derartige Anstalt noch nicht eröffnet ist.

Auch nicht ohne viele Bedenken und Erwägungen ist vor einem halben Jahre im Heimathhause des Ev. Diakonievereins in Berlin-Zehlendorf (Heidestr. 20 am Grunewald), eine derartige Anstalt versucht worden. Es kam dem Versuche zu statten, dass das Heimathhaus des Ev. Diakonievereins, welches als Erholungs- und Heimstätte für arbeitsmüde Schwestern und als Lernstätte für die in die Krankenpflege übergehenden jungen Mädchen gebildeter Stände bestimmt ist, die hier einen mehrwöchentlichen theoretischen Kursus durchmachen, etwas auf Zuwachs berechnet werden musste, und also vorläufig eine Etage dieses Hauses, die völlig für sich abgeschlossen sein kann, zur Verfügung stand. Das brachte nun den Gewinn, dass die jungen Mädchen, die für die Heilerziehung aufgenommen sind, ganz nach Bedürfniss mit den vielen im Hause verkehrenden und lebenden normalen Personen in Berührung kommen können. Bekanntlich ist es selbst für Irre überaus werthvoll, dass die Zahl der mit ihnen verkehrenden normalen Menschen eine möglichst grosse ist, und viel mehr natürlich für Mädchen dieser Art, die ja dem Leben der Familie oder des Berufs möglichst bald wiedergegeben werden sollen.

Wie gross das Bedürfniss ist, war kaum geahnt worden. Das Heim konnte im November vorigen Jahres mit sechs jungen Mädchen eröffnet werden. Von diesen wurden zwar sehr rasch zwei entlassen, von denen die eine epileptisch, die andere nervenkrank war; dieselben wurden entsprechenden Anstalten zugeführt. Von den anderen konnte schon eine dem Töchterheime des Vereins, einer Erziehungsanstalt für normale Mädchen, übergeben werden; eine andere findet bereits unter Aufsicht der Anstalt eine berufliche Anstellung. Die Zahl der Pensionärinnen beträgt z. Zt. sieben. Viel kann man natürlich nach fünf Monaten noch nicht sagen; immerhin musste der Versuch gemacht werden, und vorläufig ist er in jeder Beziehung erfreulicher ausgefallen, als man zu hoffen gewagt hatte.

An dem Heim, das den ominösen Namen einer Anstalt nicht zu führen braucht, weil es im „Heimathhause“ des Ev. Diakonievereins untergebracht ist, arbeitet im alleinigen Amt eine zuerst als Kindergärtnerin, dann als Krankenpflegerin ausgebildete, dann 4 Jahre lang in der Heilerziehung und einige Zeit in der Irrenanstalt thätig gewesene Schwester und eine Handarbeits-, Turn- und Zeichenlehrerin; daneben ein Kandidat der Theologie mit heilpädagogischer Vorbildung und eine langjährig erprobte wissenschaftliche Lehrerin. Die pädagogische Oberleitung führt der Schreiber dieser Zeilen, der in psychiatrischen Fachkreisen durch sein Schriftchen „Sünde oder Krankheit?“ vielleicht nicht ganz unbekannt, und zugleich Mitherausgeber der heilpädagogischen Fachzeitschrift „Die Kinderfehler“ ist. Die ärztliche Oberleitung hat einer der Berliner Bezirksphysiker. Im Uebrigen interessiren sich die leitenden Aerzte der Zehlendorfer Irren- und Nervenheil-Anstalten thatkräftig für das Heilerziehungsheim, und ein besonderer Hausarzt sorgt für die regelmässige körperliche Ueberwachung. Zur Erziehung dienen die im Hause so leicht möglichen mannigfaltigsten Arbeitsgelegenheiten: Besorgung der Zimmer, Haus- und Garten-Wirthschaft, künstliche Hühnerzucht etc. auf der einen, allerlei wissenschaftlicher Unterricht auf der anderen, Betheiligung an der Gemeindepflege und allerlei sonstige Mithilfe in der Vereinsarbeit auf der dritten Seite. Damit ist die möglichst individuelle Behandlung jeder einzelnen Persönlichkeit gewährleistet, und mindestens wird mit Ernst und vieler Freudigkeit ein Versuch gemacht, der nothwendig endlich einmal gemacht werden musste.

Objektiv wahrnehmbare entotische Geräusche ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Von
Stabsarzt Dr. Richard Müller-Berlin.

Objektiv wahrnehmbare, vom Untersucher hörbare Ohrengeräusche sind zwar in der Otologie nicht unbekannt, gehören aber immerhin zu den Seltenheiten. Ich selbst habe bisher nur zwei derartige Fälle beobachtet. Der eine betraf eine 30jährige Näherin, bei der man rechterseits mit dem Hörschlauch ein blasendes Geräusch wahrnehmen konnte, das jedesmal mit der Einathmung auftrat und während des ganzen Inspiriums andauerte. Es handelte sich hier um die Fortleitung des schlürfenden Geräusches des Stromes der Einathmungsluft durch die abnorm weite Tube. Das Mädchen hatte sich im Laufe der Zeit so an das Geräusch gewöhnt, dass sie sich dadurch nicht mehr belästigt fühlte und ungestört ihrer Thätigkeit als Näherin nachgehen konnte.

Der andere Fall, den ich im Folgenden etwas eingehender beschreiben will, betrifft einen 21 Jahre alten, kräftigen Mann, der sich, ebenso wie die Näherin, durch das Geräusch in seiner Arbeits- und Erwerbsthätigkeit nicht im Geringsten beeinträchtigt fühlt. Dieser letztere Umstand, der gerade auch für den ärztlichen Sachverständigen von Interesse ist, veranlasst mich, den Fall an dieser Stelle bekannt zu geben.

Der Patient, ein grosser, kräftiger, etwas vollblütiger, phlegmatischer Mann mit frischer Gesichtsfarbe, die sich schon bei kleinen Anstrengungen leicht in tiefe Röthe verwandelt, kam am 29. Januar wegen einer akuten linksseitigen Mittelohreiterung, die er sich durch Erkältung zugezogen hatte, im Lazareth in meine Behandlung. Trotz eingehenden Befragens äusserte er bei der Aufnahme nur Klagen über das linke Ohr, und zwar auch hier nur solche, die auf die seit einigen Tagen bestehende Eiterung Bezug hatten. Der Heilungsverlauf war langsam, erst zu Anfang März hörte die Eiterung auf. Am 16. März, als bereits an die Entlassung des Mannes gedacht wurde, gab er plötzlich auf die Frage, über welche Beschwerden er denn noch zu klagen habe, an, das linke Ohr, das geeitert hatte, sei jetzt ganz in Ordnung, aber im rechten Ohr habe er ein eigenthümliches Knacken. Auf näheres Befragen erfuhr ich jetzt, dass im Jahre 1896 dieses Knacken sich allmählich und ohne eine ihm bekannte Ursache auf beiden Ohren eingestellt und seitdem beiderseits ununterbrochen bis zu der gegenwärtigen Erkrankung bestanden habe. Mit dem Eintritt der Eiterung linkerseits sei auf diesem Ohr das Knacken verschwunden, dafür habe er in jüngster Zeit manchmal ein dumpfes Sausen links gehabt (am 30. März war auch dieses verschwunden, ohne dass sich dafür das Knacken wiedereingestellt hätte); rechts dagegen sei das Knacken seit 1896 bis jetzt unverändert. Er habe bei der Aufnahme davon nichts erwähnt, weil er keinen Werth darauf legte, und weil die Beschwerden auf dem linken Ohre bei weitem im Vordergrunde standen.

Die Untersuchung des rechten Ohres ergab Folgendes: Hörvermögen für Flüstersprache normal. Trommelfell leicht eingezogen, sonst völlig normal. Wenn der Untersucher sein Ohr unmittelbar neben das rechte Ohr des Mannes hält, hört er ein stossweise auftretendes, kurzes, knarrendes, oder knackendes Geräusch, das völlig synchron mit dem Pulsschlag einhergeht. Es ist schwer, für das Geräusch einen passenden Vergleich zu finden; es klingt etwa so, wie wenn man zwei rauhe Hornplättchen kurz über einander hinwegschiebt, oder wie wenn man einen halb vertrockneten, starren Gummischlauch biegt, oder wie wenn ein Käfer seine Chitinflügeldecken an einander reibt; ein Herr, der mit anderen einen Kursus bei mir hatte, verglich es mit dem Geräusch, das ein in Bewegung gesetzter Phonograph zuerst von sich giebt, ehe er anfängt, das Hineingesprochene wiederzugeben. — Bei Druck auf die rechtsseitigen Halsgefässe hört das Geräusch sofort auf, um beim Nachlassen des Druckes alsbald wieder zu beginnen. Dieser Druck auf die Halsgefässe ist rechterseits etwas empfindlich, links nicht. Das Geräusch besteht fortwährend; es tritt — subjektiv — mit dem Aufwachen auf und währt bis zum Einschlafen, ohne indess den Mann am Einschlafen zu hindern; diesen absolut kontinuirlichen Charakter hat es allerdings nur subjektiv, objektiv war es manchmal nicht zu hören, und zwar gerade auch einmal, als ich es mehreren Kollegen vorführen wollte. Manchmal überschlägt das Geräusch auch einen Pulsschlag, im Allgemeinen aber ist es mit dem Puls völlig synchron.*)

Seiner Intensität nach ist das Geräusch ausserordentlich fein; man muss sein Ohr unmittelbar neben das des Untersuchten bringen, und auch da muss völlige Ruhe in der Umgebung herrschen, wenn man es hören will; es wird bereits übertönt von dem feinen Ticken einer Taschenuhr, die man in die Nähe des Knies des sitzenden Untersuchten hält.

Die Herzthätigkeit ist bisweilen beschleunigt, auf 100 bis 108 Schläge, sonst ist aber am Herzen nichts Krankhaftes nachweisbar. Ueber der linken Carotis hört man zwei reine, vom Herzen fortgeleitete, kräftige Töne, doch ist hier der erste von ihnen unmittelbar von einem kurzen, schabenden Geräusch gefolgt, derart, dass dieses den Ton manchmal ganz verdeckt. Der Puls ist beiderseits gleichmässig, voll, weich, regelmässig; abnorme Pulsation ist nirgends wahrnehmbar.

Nach Luftdurchblasung durch die Ohrtrompete mittels Katheters oder Ballons ist das Geräusch subjektiv wie objektiv unverändert. Es bleibt auch unverändert bestehen, wenn man den Mann den Mund weit öffnen lässt, doch setzt es dabei bisweilen um einen oder mehrere Pulsschläge aus; an der Gaumenmuskulatatur ist nichts Abnormes zu entdecken.

Am 30. März wurde der Mann als dienstfähig aus der Behandlung entlassen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass es sich hier um ein Gefässgeräusch handelt; näheren Aufschluss über den Sitz bezw. die Quelle des Geräusches zu erlangen, ist uns aber nicht gelungen. Die interessante Thatsache, dass mit der eiterigen Entzündung des linken Mittelohres das Geräusch links verschwunden ist, spricht dafür, dass es sich wohl um Gefässveränderungen im Mittelohre selbst handeln muss.

Die Geräusche haben dem Manne nie Beschwerden gemacht und thun es auch jetzt nicht. Er war früher Hausdiener, später Holzlader; beiden Beschäftigungen hat er ohne irgend welche Beeinträchtigung nachgehen können, ebenso wie er jetzt seinen militärischen Dienst in vollem Umfange thut. Weder auf das Hörvermögen, noch auf den psychischen, noch auf den körperlichen Zustand des Mannes hat das Geräusch irgend welchen schädigenden Einfluss ausgeübt, und es ist daher auch ohne jeden beschränkenden Einfluss auf seine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit geblieben.

Dieser letztere Punkt ist gerade für den ärztlichen Sachverständigen von Wichtigkeit. Die Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit bei Verletzten, die in Folge eines Unfalles an Ohrengeräuschen leiden, ist, wie ich aus vielfacher eigener Erfahrung weiss, überaus schwierig. Dass subjektive Geräusche an und für sich die Erwerbsfähigkeit, sogar in hohem Grade, beeinträchtigen können, ist ausser allem Zweifel, und ich

*) Bei einer späteren Untersuchung konnte ich feststellen, dass das Knacken auch zu hören war, während der Mann schlief.

habe bis jetzt den Standpunkt eingenommen, in jedem Falle, wo das Vorhandensein subjektiver Geräusche als nachgewiesen gelten konnte*), auch eine gewisse Einschränkung der Erwerbsfähigkeit in Folge dieser Geräusche anzunehmen. Ich würde daher in dem vorliegenden Falle, wenn mir der Mann gesagt hätte, die Geräusche seien ihm hochgradig lästig, sie hinderten ihn, seine Aufmerksamkeit dauernd einem bestimmten Gegenstand zuzuwenden, sie nähmen bei körperlichen Anstrengungen und bei Blutandrang nach dem Kopfe derart zu, dass er öfter gezwungen sei, in der Arbeit innezuhalten, so dass er nicht so viel leisten könne wie ein Gesunder, sie erschwerten ihm das Einschlafen, deshalb sei er am Morgen nicht genügend ausgeruht und auch darum in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt, — ich würde, sage ich, wenn er mir diese oder ähnliche Angaben gemacht hätte, nicht Anstand genommen haben, in einem etwaigen Gutachten seine Erwerbsfähigkeit für in gewissem Grade — vielleicht um 15 bis 20 Prozent — beeinträchtigt zu erklären. Demgegenüber lehrt nun unser Fall, dass selbst da, wo die Ohrengeräusche positiv nachgewiesen sind, eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit durch sie nicht gegeben zu sein braucht. Hier spielt offenbar das Temperament eine grosse Rolle, und man muss daher bei der Begutachtung Unfallverletzter mit Ohrengeräuschen auch diesen Faktor mit in den Bereich seiner Erwägungen ziehen.

*) Ueber die schwierige Diagnose dieser Geräusche habe ich mich in den Charité-Annalen, XXIII. Jahrgang S. 505, „Die Diagnose der traumatischen Affektion des inneren Ohres“, eingehender verbreitet.

Referate.

Allgemeines.

Ueber die Gefahren der Aethylchloridnarkose.

Von Dr. Lotheissen, Priv.-Doct. u. Ass. a. d. chir. Kl. z. Innsbruck.
(M. M. W. 1900. No. 18.)

L. ist ein Freund der Narkose mit Chloraethyl (Kelen), die durch die Raschheit ihres Eintretens und — nach Weglassung der Kelendämpfe — des Wiedererwachens sein soll. Nach der kleinen bisher vorliegenden Statistik (2550 Narkosen — 2 Todesfälle) würde das Chloraethyl zwischen Chloroform und Aether in Bezug auf seine Gefährlichkeit stehen, doch ist eben das Material noch ungenügend für statistische Zwecke.

Verf. hat einen Todesfall in dieser Narkose beobachtet. Bei einem Alkoholiker, dem ein Unterschenkelgeschwür überpflanzt werden sollte, trat starke Erregung ein, weshalb die Menge des Betäubungsmittels vermehrt wurde. Eine Minute nachher — 3 Minuten nach Beginn der Narkose — wurde das Blut der Wunde dunkel, das Gesicht bläulich. Hornhaut- und Pupillenreflexe fehlten, krampfhafte Muskelbewegungen stellten sich ein, die Athmung konnte nur stossweise geschehen. Plötzlich setzte der Puls aus und kam trotz aller Rettungsversuche nicht wieder. Alles das vollzog sich blitzartig rasch. Die Leichenöffnung ergab Herzverfettung und -Hypertrophie neben mittelstarker Verhärtung der Kranzadern. Blutungen in die serösen Häute fehlten.

Dass Aethylchlorid in zu hoher Gabe Muskelkrämpfe erzeugen kann, ist bewiesen, Athemstörungen scheinen bei zu grosser Dichtigkeit der Dämpfe vorzukommen. In L's. Falle dürfte Stimmritzenverschluss durch Erregung der Gefühlsnerven des Kehlkopfes zu einer Erhöhung des Druckes in der Brusthöhle und damit zur Behinderung der Blutbewegung in den sklerotischen Kranzadern geführt haben. Schliesslich wurde das Herz ungenügend ernährt, seine Nervenzentren versagten den Dienst (eine verwickelte Erklärung, die der Theorie von Mac William und Leonard Hill entspricht). Das Erbrechen, das bei länger dauernden Kelen-Narkosen nicht so selten sein soll, wie man früher annahm, soll nie so heftig wie bei Chloroform oder Aether sein.

Um üble Zufälle zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Aethylchloridnarkose mit möglichst kleinen Mengen des Mittels zu bewerkstelligen (Anfangs nie über 3 Gramm!). Ferner ist die geschlossene Aether- oder Bromaethylmaske ungeeignet, weil in ihr leicht die Luft zu stark mit dem Gas gesättigt wird. Vielmehr ist eine Maske mit Ein- und Ausathmungsventil, wie der Breuersche Korb, zu empfehlen. Nie, auch dann nicht, wenn die Betäubten unruhig werden, ist es erlaubt, frisch aufzugiessen, wenn nicht durch Riechen am Ausathmungsventil festgestellt ist, dass kein Kelen mehr ausgeathmet wird. Kinder und schwache Personen verbrauchen in der Minute 1 Gramm, kräftige Leute 1,5, Trinker und wiederholt Narkotisirte 2 Gramm im Durchschnitt.

Nur bei strenger Durchführung aller der aufgezählten Vorsichtsmassregeln ist die Aethylchloridnarkose gefahrlos.

Zur Kasuistik des Blitzschlages.

Von Dr. Philipp Bauer-Welden.
(Münch. med. W. 1899. No. 3.)

Von demselben Blitze wurden zwei ländliche Arbeiter getroffen. Der eine, ein 25jähriger Mann, blieb sofort tot, der andere, ein Knabe von 13 Jahren, wurde bewusstlos, erholte sich aber bald wieder. Unmittelbar nachher verspürte er Brennen in beiden Beinen, der eine Arm war gelähmt. Bei Ankunft des Arztes waren Störungen der Bewegung und Empfindung nicht mehr vorhanden.

Bei Besichtigung des Knaben fand man an den Kleidungsstücken nur sieben kleine Löcher mit versengten Rändern, die das Tuch des rechten Jackenärmels durchsetzten. Auf der Haut bestanden zwei richtige Brandwunden am rechten Ellbogen und Kleinfingerballen, ausserdem eine Blase an der Beere des Zeigefingers. Sehr ausgeprägt waren die als Blitzfiguren bekannten scharlachrothen Verfärbungen, die als korallenartig verästeltes Streifenwerk über die Haut hinziehen. Die linke Wade war völlig scharlachroth verfärbt, von ihr aus zog sich die eine Blitzfigur spiralig um den Schenkel nach der Leisten- und Unterbauchgegend, während die andere von der rechten Gesässgegend nach allen Seiten ausstrahlte. Am dritten Tage waren die Figuren verschwunden. Ueble dauernde Folgen hatte der Blitzschlag nicht.

Bei dem Getöteten wurde die Leichenöffnung vorgenommen. Schon die Besichtigung der Kleidung, von der nur der Hut und der Hemdkragen durchlöchert und versengt, Alles Uebrige unversehrt war, zeigte, welche Organe der Blitz zuerst getroffen hatte. Die Kopfhaare waren versengt. Hautabschürfungen fanden sich an der rechten Wange und Brust, hier und in der linken Leistengegend, ebenso an der Lendengegend, der linken Hinterbacke und der rechten Kniekehle war die Haut gleichzeitig hellroth verfärbt. Auf dem Rücken bemerkte man massenhaft Blutaustritte unter die Haut, alle von geringer Ausdehnung. Das Gehirn war sehr weich, seine Windungen schienen abgeflacht, auf Schnitten sah man wenig Blutpunkte, aber hellrothe fleckige Flächenblutungen bedeckten einen Theil des Stirn- und linken Schläfenlappens, sowie des Hirngrundes. Die Gefässe des Darmes waren stark angefüllt, die Milz etwas vergrössert und sehr dunkel, fast schwarz. Sonst waren die inneren Organe bis auf ein altes Leiden — eine Herzverfettung und Herzbeutelverwachsungen — unverändert. Das Blut war flüssig geblieben.

Das Sektionsergebniss hat genau das Bild geliefert, das

Dürck in einem Falle von Blitzschlag gewonnen hat. Auf den Blitz sind zurückzuführen: Die aufgehobene Gerinnungsfähigkeit des Blutes, die Verfärbungen und Brandwunden der Haut, die Versengungen der Haare, die Weichheit und Blutarmuth des Gehirns, die Blutungen unter dessen weiche Haut, die starke Füllung der Darm- und Milzgefässe.

Die stetige Zunahme der Krebserkrankungen in den letzten Jahren.

Von Dr. Carl Mäder, Ass. am hygien. Inst. in Breslau.
(Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 1900. No. 2.)

Erst kürzlich hatten wir Gelegenheit, einige Aufsätze zu besprechen, die das Häufigerwerden krebsartiger Krankheiten betrafen. Ihnen reiht sich die Arbeit Maeders aus dem Flüggeschen Institut an, die auf den amtlichen Berichten Preussens und der beiden Staaten Sachsen und Baden, in denen die Totenschau gesetzlich geregelt ist, beruht.

Auf je 10000 Lebende berechnet, starben in Preussen 1891: 4,50, 1894: 5,27, 1896: 5,52 an Krebs, dagegen 1891: 26,72, 1894: 23,92, 1896: 22,10 an Tuberkulose.

Diese Zunahme des Krebses gilt für Männer und Frauen, für Stadt- und Landbewohner. Das Ergebniss ist im Wesentlichen dasselbe, wenn man die Ziffern statt auf Lebende auf Gestorbene berechnet.

Einige bemerkenswerthe Thatsachen ergeben sich noch, wenn man von der Zunahme absieht und die Prozentzahlen für Männer und Weiber, für Stadt- und Landbewohner untereinander vergleicht. Es zeigt sich da, dass der Krebs im Allgemeinen, in der Stadt viel häufiger (ca. doppelt so häufig) als auf dem Lande, in den grössten Städten häufiger als in den kleineren ist, und dass in den Städten die Frauen einen deutlich grösseren Antheil liefern als die Männer.

Auch die Tuberkulose fordert auf dem Lande im Allgemeinen weniger Opfer als in der Stadt. Aber sie trifft mehr die Männer als die Frauen, und, wie oben gezeigt wurde, ihre Sterblichkeitsziffer nimmt stetig ab, auf dem Lande wie in der Stadt.

Es würde hier zu weit führen, genau nach den Angaben M.'s darzulegen, wie Krebs und Tuberkulose sich in den einzelnen Regierungsbezirken und in den Staaten Sachsen und Baden verhalten. Im Grossen und Ganzen wiederholt sich überall das oben geschilderte Verhältniss zwischen 1891 und 1896, zwischen Stadt und Land, Männern und Frauen, freilich mit grossen Gradunterschieden und einigen wenigen Ausnahmen (z. B. Gleichbleiben der Schwindsucht in Baden). Erwähnenswerth ist nur noch, dass einzelne Landestheile dauernd stärker von Krebs heimgesucht sind als andere.

Die [gesperrt gedruckten] Hauptergebnisse der Statistik hält Verf. für einwandsfrei.

Chirurgie.

Zwei Fälle von traumatischem Chylothorax.

Von Dr. Handmann, Ass.-A. a. Alten Allgem. Krankenh. Hamburg.
(M. M. W. 1899. No. 6.)

Bisher sind nur 9 Fälle mitgetheilt, in denen sicher durch Verletzungen das Austreten von Chylus aus dem Brustgang in die Brusthöhle bewirkt worden ist. Bei den beiden neuen, vom Verf. berichteten Fällen war der Sachverhalt, kurz dargestellt, folgender:

Ein 16jähriger Junge wird von der Speiche eines Schwungrades erfasst und gegen das steinerne Fundament des Schwungrades gepresst. Die Untersuchung ergab Brüche des linken Schlüsselbeins und der ersten bis fünften Rippe rechts. Die Athmung war oberflächlich und schmerzhaft, Auswurf nicht vorhanden. Am nächsten Tage wurde die Lunge untersucht. Beiderseits fand sich hinten unten je eine Dämpfung, links 3, rechts 2 Querfinger breit. Die Probepunktion ergab hier flüssiges Blut, dort aber eine orangefarbene milchige Flüssigkeit, die weder gerann noch sich schichtete. Mikroskopisch waren in ihr feinste Kügelchen von starkem Lichtbrechungsvermögen in grosser Masse vorhanden, die sich weder mit Osmiumsäure noch mit Sudanroth in der für Fett kennzeichnenden Weise färbten, ausserdem viel weisse, wenig rothe Blutkörperchen. Die Dämpfungsbezirke wurden nicht grösser. Nach 12 Tagen ergab eine erneute Punktion hier milchweisse Flüssigkeit, die durch Aether nicht aufzuhellen war und keinen Zucker enthielt, rechts dagegen klares Serum. Im weiteren Verlauf der Behandlung schwanden alle abnormen Erscheinungen, der Verletzte wurde voll arbeitsfähig.

Ein 22jähriger Mann wurde von einer schwingenden Schaukel vorn gegen die Brust getroffen. Es bildete sich links eine bis fast zur Lungenspitze reichende Dämpfung. Punktion ergiebt 2—3 Liter milchweisse Flüssigkeit mit allen Kennzeichen des Chylus. Nach noch 2 weiteren Einstichen besserte sich der Zustand bis zur vollen Heilung. Weitere Notizen sind nicht vorhanden.

Bei dem ersten dieser Fälle, bei dem weder Fett in grösseren Tropfen noch Zucker in der entleerten Flüssigkeit nachgewiesen wurde, beruht die Annahme, dass es sich um Chylus gehandelt hat, lediglich auf dem Aussehen der Flüssigkeit, das besonders beim zweiten Einstich keine andere Deutung erlaubte. Thatsächlich kann Chylus im Hungerzustand sich so verhalten wie hier. Da es erwiesen ist, dass der Junge vor der Verletzung am selben Tage nur Kaffee und ein Brötchen zu sich genommen hat, da ferner, nach der Grösse der Dämpfung zu urtheilen, später kein Chylus mehr nachgesickert ist und aus dem vorhandenen im Laufe von 10 Tagen der etwa anfangs darin enthaltene Zucker wieder aufgesaugt sein konnte, so liegt ein Widerspruch hier nicht vor. Wahrscheinlich ist gleichzeitig der grosse Chylusgang oder einer seiner Aeste und das Rippenfell durch Ueberstreckung der Wirbelsäule und Zusammenpressung des Brustkorbs eingerissen. Wie die Verletzung im zweiten Falle zu stande gekommen ist, lässt sich aus den spärlichen Mittheilungen nicht erkennen.

Innere Medizin.

Ein Fall von Skorbut auf dem Lande.

Von Dr. M. Rothschild-Raudegg (Baden).
(M. M. W. 1900 No. 3.)

Es handelt sich um ein erblich nicht belastetes Mädchen von 25 Jahren, das bis auf einiges Nasenbluten in früheren Jahren niemals eine Neigung zu Blutungen gezeigt, insbesondere nach Zahn-Extraktionen nie stark geblutet hat. Sie lebte unter günstigen gesundheitlichen Verhältnissen, in einem gesunden Orte, einer guten geräumigen Wohnung und war an reichliche gut gemischte Nahrung gewöhnt. Ein Skorbutfall ist bisher im Orte nicht beobachtet worden.

Dieses Mädchen erkrankte an „Rheumatismus" verschiedener Muskeln und Gelenke, der mit Salizylsäure, Salipyrin und andern Mitteln behandelt, zeitweise gebessert wurde. Es fiel auf, dass der Unterkiefer besonders schmerzte, was an anderm Orte vielleicht den Verdacht auf Skorbut erweckt hätte. Nach zwei Monaten trat eine rasche Veränderung ein. Zahnfleischblutungen erfolgten, der Appetit schwand, die Haut wurde fahl und trocken, an den Lippen bläulich, später kam Erbrechen und Stirnkopfschmerz dazu. Alsbald wurde das Zahnfleisch entzündet und

geschwürig, Blutungen in die Schleimhaut des weichen Gaumens und Zäpfchens, Gebärmutterblutungen kamen hinzu. Trotz aller Gegenmassregeln erfolgte in drei Tagen der Tod.

Die Entstehung der Krankheit ist hier völlig dunkel.

Ueber Cavernitis und Lymphangioitis penis.

Von Dr. M. Horovitz-Wien.

(Wiener medizinische Presse No. 10, 1900).

Es giebt eine Reihe sehr differenter und im pathologischen Systeme weit von einander abstehender Krankheitsprozesse, die nicht nur die allgemeine Decke des männlichen Gliedes, sondern auch seine tiefer liegenden Gebilde, wie Tunica albuginea und den Schwellkörper, in Mitleidenschaft ziehen. Diese Krankheitsprozesse rufen auf verschiedene Art eine Proliferation des hier befindlichen Bindegewebes hervor; sie bewirken Neubildung eines die Gefässe konstringirenden und die übrigen Gewebselemente verdrängenden Ersatzgewebes. Oft geräth auch die Gefässwand in ein abnormes Wachsthum und erleidet eine Ernährungsstörung; der Gefässkanal wird streckenweise unwegsam, es kommt zu Blutgerinnungen, und zum Schlusse ist eine Schwiele aus derbem, festem Bindegewebe an der Stelle, wo früher ein weiches, elastisches, eines verschiedenen Füllungsgrades fähiges Gewebe war. Diese Schwiele kann unter Umständen sogar verkalken, oder verknöchern. Die Folgen, welche diese Veränderungen für die Funktion des Organes nach sich ziehen, liegen auf der Hand: Durch das Zirkulationshinderniss verliert das Glied die Fähigkeit, sich in den ergriffenen Partien entsprechend mit Blut zu füllen; es ist auch die Bahn des Blutzuflusses zu den vor der Schwiele gelegenen Partien verlegt. Das Glied kann daher keine komplete Erektion effektuiren, was einer Begattungsimpotenz gleichkommt. Als sichergestellte Formen derartiger Penisverhärtungen unterscheidet Verfasser vier, und zwar die syphilitische, gonorrhoische, traumatische und senile. Die gonorrhoische und traumatische Form tritt mit Lymphangioitis des Gliedes vergesellschaftet auf, die drei ersten Formen setzen mit einer akuten Cavernitis als Anfangsstadium ein, alle führen zur Impotenz. Therapeutisch am günstigsten steht es bei den luetischen und traumatischen Formen, besonders wenn die geeigneten Mittel (Hg, Jod oder chirurgische Eingriffe) nicht zu spät kommen. -y.

Zur Uebertragung der Tuberkulose durch die rituelle Circumcision.

Von Hofrath Prof. Neumann-Wien.

(Wiener med. Presse No. 13, 1900.)

Fälle von Impftuberkulose, welche ihre Entstehung der rituellen Circumcision verdanken, sind schon eine ganze Reihe bekannt geworden. Verf. berichtet über einige weitere derartige Fälle und verlangt auf Grund seiner Erfahrungen sanitäre Massregeln gegen diese Art der Verbreitung der Tuberkulose. —y.

Epidemiologie und Prophylaxis der Malaria vom neusten aetiologischen Standpunkte aus.

Von A. Celli.

(Berliner klinische Wochenschrift No. 6—7, 1900.)

In Italien besteht eine besondere Gesellschaft zur Malariaforschung. In dem vorliegenden Aufsatze giebt Verf. einen Ueberblick über die Arbeiten, die aus dieser Gesellschaft hervorgegangen sind und die sich auf die Aetiologie und Prophylaxis der Malaria beziehen. Aus der inhaltsvollen Zusammenstellung erhellt, dass man in das Wesen dieser Krankheit in den letzten Jahren tief eingedrungen ist. Die Malaria wird hervorgerufen durch Stechmücken, die zu der Gattung Anopheles gehören; der Mensch ist der Zwischenwirth, die Stechmücke der eigentliche Wirth der Malariaparasiten. Verfasser geht ausführlich auf Leben und Gebräuche dieser Stechmückenarten ein, bespricht die Transportwege der Malariainfektion, bezeichnet die Haut als die einzige unanfechtbare Invasionspforte für die Malariakeime, erörtert die organische, individuelle, physische, örtliche und sociale Disposition oder Immunität und macht schliesslich eine Reihe von Vorschlägen zur prophylaktischen Bekämpfung der Malaria. — y.

Psoriasis und Glykosurie.

Aus d. III. medizin. Klinik der Charité und der Kgl. Univ. Poliklinik f. Haut- u. Geschlechtskrkh. zu Berlin. Von Franz Nagelschmidt.

(Berliner klinische Wochenschrift No. 2, 1900.)

Seitdem man begonnen hat, auf den Zusammenhang von Hautkrankheiten mit allgemeinen Erkrankungen des Körpers mehr zu achten, hat die Psoriasis nach dieser Richtung ein ganz besonderes Interesse in Anspruch genommen. So wenig Positives man zur Zeit über ihr Wesen und ihre Aetiologie weiss, so bricht sich doch neuerdings die Anschauung mehr und mehr Bahn, dass das Wesentliche dieser Affektion nicht in der lokalen Erkrankung der Haut zu suchen sei, sondern dass ihr ein konstitutionelles Leiden zu Grunde liege. Unter den Thatsachen, welche die diesbezüglichen Forschungen zu Tage gefördert haben, sind besonders die Beziehungen interessant, welche zwischen Psoriasis, Nervenkrankheiten, Gicht und Diabetes bestehen. Was speziell den Zusammenhang zwischen Diabetes und Psoriasis betrifft, so ist von verschiedenen Seiten die Behauptung aufgestellt worden, dass Psoriasiskranke eine gewisse Disposition zur Glykosurie zeigen. Das in der Literatur niedergelegte diesbezügliche Material reicht zur Entscheidung dieser Frage nicht aus. Verf. ist deshalb dem Studium dieser Frage auf einem anderen Wege näher getreten, indem er festzustellen suchte, ob Psoriasiskranke zur alimentären Glykosurie neigen. In der That zeigten von 25 hierauf geprüften Psoriasiskranken 8=32% eine Disposition zur alimentären Glykosurie. Obgleich diese Zahl eine überraschend hohe ist, will Verf. vorläufig keine weitgehenderen Schlüsse aus seinen Beobachtungen ziehen. Immerhin ist das Resultat darnach angethan, zu weiteren, umfassenderen Untersuchungen der in Rede stehenden Frage anzuregen. — y.

Ueber die Glycosurie der Vaganten.

Von G. Hoppe-Seyler-Kiel.

M. M. W. 1900 No. 16.

Bei einer Anzahl von Leuten, die ein unstetes Wanderleben vor der Aufnahme ins Krankenhaus geführt hatten, bei dem sie wohl auch mangelhaft ernährt und körperlichen Strapazen unterworfen waren, enthielt der Urin gleich nach der Aufnahme Zucker. Meist betrug der Zuckergehalt unter 1 Prozent, einmal aber $3^1/_2$ Prozent. Die Menge des Harns war in letzterem Falle gesteigert. Nach einigen Tagen verlor sich bei allen der Zuckergehalt unter Darreichung reichlicher gemischter Kost, und es konnte später auch durch Zufuhr grösserer Mengen von Traubenzucker keiner mehr in den Harn übergeführt werden.

Eine eingehende Erörterung über die Natur dieser von der alimentären Glycosurie scharf gesonderten Erscheinung ergiebt, dass aller Wahrscheinlichkeit nach hier zwei Umstände zusammenwirken: als Hauptursache die Unterernährung des Körpers, die sich meist auch in dem Aussehen der Leute zeigte, als Nebenursachen Störungen in der Leber und Bauchspeicheldrüse, herrührend von der unregelmässigen Lebensweise, dem übermässigen Alkoholgenuss und ähnlichen Schädlichkeiten.

Psychiatrie und Neurologie.

Beitrag zur Statistik, Aetiologie und Symptomatologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis.

Von Hans Sprengeler-Wehnen.
(Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 56, H. 5.)

Die Arbeit enthält ausser einer sorgfältigen Wiedergabe der gesammten Statistik des Lähmungsirrseins, die sich bisher in der ärztlichen Literatur aufgehäuft hat, eine eigene Zusammenstellung von 337 Fällen aus der Göttinger psychiatrischen Klinik.

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass Syphilis die bei weitem wichtigste unmittelbare oder mittelbare Ursache der Paralyse sei. An zweiter Stelle aber ist der Alkoholmissbrauch, an dritter erbliche Belastung, ferner sind noch Kopfverletzung, seelische Erschütterung, Elend und Noth, geschlechtliche Ausschweifungen, Bleivergiftung, Sonnenstich und strahlende Hitze im Stande, die Krankheit hervorzurufen, sei es, dass einer dieser Einflüsse allein oder mehrere vereinigt auf den Menschen eingewirkt haben. Der geistigen Ueberarbeitung einen ähnlichen Einfluss zuzuschreiben, fand S. sich nicht genöthigt.

Wir brauchen wohl nur kurz darauf hinzuweisen, dass dieser Statistik, wie den meisten andern ähnlichen, nur ein bedingter Werth zugesprochen werden kann, zumal auch das Material einer Irrenklinik von gewissen Einseitigkeiten nicht frei bleibt.

Recht interessant sind einzelne besonders hervorgehobene Fälle. Z. B. setzte die Geistesstörung einmal bei einem vorher gesunden Menschen unmittelbar nach einem Hitzschlag, ein anderes Mal gleichzeitig mit einem Influenzarückfalle ein. Ein bis dahin gesundheitlich einwandfreier Schlosser erschrak heftig bei der in seiner nächsten Nähe erfolgenden Explosion eines Kessels, war dann, ohne verletzt worden zu sein, stundenlang sprachlos und verfiel unmittelbar im Anschluss daran in eine rasch fortschreitende Verblödung mit den körperlichen Kennzeichen des Lähmungsirrseins.

Ueber Suggestion und Psychotherapie.

Von Dr. Dubois.
(Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 3, 1900.)

Die tägliche Erfahrung lehrt, dass nervöse Erscheinungen aller Art, gleichgiltig, ob sie die Symptome einer reinen Neurose, resp. Psychose, etwa der Hysterie, der Neurasthenie darstellen, oder ob sie im Verlaufe somatischer Erkrankungen auftreten, völlig beseitigt werden können, wenn dem Patienten die Ueberzeugung beigebracht werden kann, dass die Heilung eintreten werde. Diese Thatsache muss als die Grundlage jeder Psychotherapie angesehen werden. Der Arzt muss vor Allem wissen, welche Mittel ihm zu Gebote stehen, um diesen felsenfesten, zur Heilung führenden Glauben zur Entwickelung zu bringen. Ein erster Schritt auf dem Wege zu diesem Ziele ist das Wohlwollen. Wenn einmal der Kranke merkt, dass man sich nicht nur für den Klienten, für den Fall, sondern auch für den Menschen interessirt, so ist schon viel erreicht, der Patient neigt schon nach der Heilungsseite. Ein zweites Mittel ist eine exakte Diagnose, welche zu einer günstigen Prognose führt. Sobald der Arzt, gestützt auf eine gewissenhafte klinische Untersuchung die Harmlosigkeit des Uebels, seine völlige Heilbarkeit betonen kann, so ist der Patient schon halb geheilt. Sehr wirksam ist ferner die Erzählung des günstigen Verlaufes in analogen Krankheitsfällen. Nichts giebt dem Patienten soviel Muth und Zuversicht, wie die Mittheilung, dass Patienten mit der nämlichen Erkrankung geheilt wurden. Sache des Arztes ist es, seine Erfahrungen in diesem Sinne zu verwerthen. Ein viertes, sehr wirksames Mittel liegt in der Anwendung einer rationellen körperlichen Behandlung, meist durch rein hygienische Massregeln. Natürlich wirkt diese Therapie schon an sich, aber sie wirkt auch psychisch, sie weckt das Zutrauen und lässt den Patienten die Zusicherung des Erfolges plausibel erscheinen. Endlich, und das ist für Verfasser der Kernpunkt der rationellen Psychotherapie, muss der Kranke in langen und häufigen Unterredungen über die Natur seines Leidens, über die psychischen Faktoren, welche bei der Enstehung desselben mitgewirkt haben, unterrichtet werden. Sämmtliche Erscheinungen der Nervosität lassen sich ohne Mühe auf drei psychische Hauptfehler zurückführen. Krankhaft gesteigert sind bei ihnen die Ermüdbarkeit, die Emotivität und die Autosuggestibilität. Die Neurastheniker sind im Grunde gar nicht schwach, sie sind leicht verstimmbar; ihre angebliche Schwäche ist mehr Unlust als Unfähigkeit. Es muss den Patienten offen, aber mit Schonung und Takt, gesagt werden, dass ihre Ermüdbarbarkeit im Gemüth liegt. Die Emotivität ist zugleich ein Symptom und eine der Hauptursachen der Nervosität. Durch vernünftige Zusprache kann man Kranke zu einer gewissen Selbstdressur bringen, die ihnen über ihre Beschwerden hinweghilft. Gleichzeitig muss man auf dem Gebiete der Autosuggestibilität korrigirend eingreifen. Die ganze Psychotherapie beruht demnach auf der erzieherischen Thätigkeit, welche der Arzt auf seine Patienten ausüben kann. Welche Erfolge sich auf diese Weise erzielen lassen, zeigt Verfasser an mehreren klassischen Beispielen. Die Psychotherapie ist nach den Erfahrungen, die Verfasser in 25jähriger Praxis gesammelt hat, wirksamer als jede andere Behandlung, sie führt häufig allein zum Ziele und unterstützt in anderen Fällen an sich wirksame medikamentöse und physikalische Behandlungsmethoden in erheblichem Masse. Will aber der Arzt diesen Weg einschlagen, so muss er sich fest auf folgende Grundgedanken stützen: 1. Die Nervosität, unter welchem Namen die Hysterie, die Neurasthenie und alle verwandten Mischformen zu verstehen sind, ist ein psychisches Uebel, ein Gemüthszustand. 2. Das Ziel der Behandlung soll sein, den Patienten die Selbstbeherrschung wiederzugeben. 3. Das Mittel dazu ist die rationelle Erziehung des Willens, oder, besser gesagt, der Vernunft, denn beim Vernunftsmenschen soll der Wille passiv in das von der Vernunft tief gegrabene Geleise fallen. —y.

Vergiftungen.

Vergiftung mit Sublimat bei einer Schwangeren.

Von M. D. Eder.
(The Lancet 13. Jan. 1900.)

Der Verfasser berichtet über eine schwere Vergiftung durch Sublimat, welche merkwürdiger Weise nicht zum Tode führte. Eine schwangere Frau, 30 Jahre alt und im sechsten Monat der Schwangerschaft, nahm durch Zufall 2 Gramm Sublimat. Der Arzt, welcher sie erst drei Stunden später zu sehen bekam, fand sie im schweren Collaps, die Lippen, die Zunge, der Rachen, waren stark angeätzt. Es bestanden grosse Schmerzen im Rachen und im Leibe und fortwährendes Erbrechen. Die Magenpumpe wurde nicht angewandt, sondern nur grosse Quantitäten von Eiweiss mit Wasser wurden verabreicht; anfangs wurde auch etwas Morphium, später dauernd Aether injizirt. Am folgenden Tage hörte das Erbrechen auf, dagegen traten Durchfälle auf, welche blutigen Schleim enthielten. Die Patientin erholte sich nur sehr allmählig, aber ungefähr nach einem Monat war sie wieder im Stande feste Nahrung zu sich

zu nehmen. Es blieb keine Verengerung der Speiseröhre zurück. Vier Monate später nun traten Wehen auf und bei der ärztlichen Untersuchung, welche erst drei Tage später statt hatte, zeigten sich beträchtliche Oedeme der Beine, der Arme, der Vulva und des Gesichtes, welche die Frau geradezu unkenntlich machten. Nach eigener Angabe war sie bereits zwei Monate in diesem Zustande, ohne ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Geburt ging ohne grössere Schwierigkeit von statten; es handelt sich um eine Zwillingsgeburt, bei welcher das erste Kind, ein ausgetragener Knabe, mittelst Zange lebend geboren wurde, das zweite Kind, ein Mädchen, nach Sprengung der Eihäute spontan, aber tot zur Welt kam. Eine später eingetretene Blutung kam durch bimanuelle Kompression und mit Hülfe von Heisswasserspülung und Ergotin zum Stillstand. Einige Tage nach der Geburt noch befand sich die Wöchnerin in kritischer Lage, dann aber war die Rekonvalescenz ungestört, die Oedeme verschwanden, ehe sie das Bett verliess. Der Urin war in diesem Falle nicht untersucht worden. (!) Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von akuter Cocainvergiftung.

Von Dr. Bergmann-Wolfhagen.
(M. M. W. 1900, No. 12.)

Verf. spritzte einem an Ischias leidenden Landmann in der Sprechstunde 0,05 gr Cocain in frischbereiteter Lösung in die Gegend der Hüftnerven ein. Die Schmerzen vergingen alsbald, der Mann konnte beschwerdelos heimwärts laufen. Am nächsten Tage — vielleicht auch noch am selben? — arbeitete der Kranke schwer im Felde. Als er ermattet heimkam, liess er den Verf. rufen und drang in ihn, ihm wegen Schmerz in der Wade eine neue Einspritzung zu machen. B. that dies, wenn auch ungern, er gab diesmal 0,03 gr.

Drei Minuten nachher bekam der Kranke einen Ohnmachtsanfall, dem beschleunigte Herzthätigkeit, Beklemmung, Benommenheit bis fast zur Bewusstlosigkeit folgte. In den Gliedern stellte sich erst ein Kriebeln und Taubsein, dann starke Zuckkrämpfe — ausser in dem kranken Bein — ein, ebensolche bestanden in der Muskulatur der Lider und der Zunge. Das Gesicht war geröthet, die Augäpfel vorgetrieben. Nach einer halben Stunde war der ganze Anfall vorüber, der Krämpfe erinnerte der Kranke sich nicht mehr. Die Ischias soll von Stund an weggeblieben sein.

Der Fall zeigt nach Ansicht des Verf., dass die Bedingungen der stärkeren oder geringeren Gift-Wirkung von Cocain in mässigen Gaben noch nicht genügend studirt sind. Eine dem einzelnen Menschen innewohnende Ueberempfindlichkeit gegen das Mittel sei hier ausgeschlossen, da die erste kräftige Gabe gut vertragen wurde. Vielleicht kann sich bei wiederholter Darreichung die Wirkung häufen? Wahrscheinlich sei Verf. mit der Spritze in eine Vene gerathen, wodurch das Gift sehr plötzlich in den Kreislauf gelangt sei. U. E. muss man auch berücksichtigen, dass im vorliegenden Falle zwischen den beiden Cocain-Verabfolgungen grosse körperliche Anstrengungen lagen, die die Widerstandsfähigkeit des Körpers zu verringern geeignet waren. Es ist doch zweifelhaft, ob so kräftige Gaben eines narkotischen Mittels bei Ungewöhnten mit der Fortsetzung der gewöhnlichen Arbeit vereinbar sind.

Bradycardie in Folge von Colchicum-Intoxikation oder Gelenkrheumatismus?

Von Dr. Guttmann-Otterndorf.
(Die ärztliche Praxis No. 5, 1900.)

Verf. berichtet über einen Erkrankungsfall an Gelenkrheumatismus, der seitens des Vaters des erkrankten Mädchens mit dem bekannten französischen Geheimmittel Liqueur de Laville behandelt worden war. Nach Verabreichung desselben stellten sich gastrische Störungen und die Symptome der Bradycardie ein, doch konnten dieselben, was Verf. selbst betont, sehr wohl als Komplikation des Gelenkrheumatismus gedeutet werden. Der Zweck der Mittheilung ist demnach nicht recht ersichtlich. —y.

Ohren.

Ueber Erkrankungen des Gehörorgans bei perniciöser Anämie.

Von Dr. Schwabach-Berlin.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXV. Bd., Heft 1|2.)

Schwabach berichtet über 7 Fälle von perniciöser Anämie, die er im Urbankrankenhause in Berlin zum Gegenstand ohrenärztlicher Untersuchungen gemacht hat. 2 von den 7 Fällen sind auszuschalten, weil in ihnen weder über subjektive Ohrenbeschwerden geklagt wurde, noch objektiv bei der Spiegeluntersuchung etwas Abnormes festzustellen war; die Hörfähigkeit konnte bei ihnen wegen schwerer Allgemeinerscheinungen ebenfalls nicht konstatirt werden.

Die übrigen 5 Kranken klagten sämmtlich über subjektive Geräusche, und zwar 3 auf beiden, 2 nur auf einem Ohre. Ueber Schwerhörigkeit klagten ausserdem 3 von den Kranken, 2 auf beiden Ohren, 1 nur auf dem linken Ohre. Schwerhörigkeit und Geräusche waren zum Theil mit Beginn der Allgemeinerscheinungen der Anämie, zum Theil aber erst später aufgetreten. Als Sitz der Ohrenaffektion konnte in einem Falle mit Sicherheit das Mittelohr festgestellt werden, in den übrigen Fällen blieb die Frage, ob mittleres oder inneres Ohr als Sitz des Leidens anzusprechen sei, unentschieden; von anderer Seite (Habermann) ist aber nachgewiesen, dass auch der schallempfindende Apparat, also das innere Ohr, bei perniciöser Anämie Sitz einer Ohrenaffektion sein kann. Von Interesse, allerdings mehr für den Spezialisten, ist die sorgfältige mikroskopische Untersuchung des rechten Felsenbeins von einem der Kranken. — Die Erklärung für die subjektiven Geräusche und die Schwerhörigkeit sucht Verf. in Blutextravasaten, wie er selbst sie auch für die bei Leukämie vorkommenden Störungen am Gehörorgan früher als Ursache nachgewiesen hat. Es wäre erwünscht, dass die verdienstlichen Untersuchungen und Ausführungen des Verf. dazu anregten, dem Zustand der Ohren auch bei anderen schweren Allgemeinkrankheiten weiter die ärztliche Aufmerksamkeit zuzuwenden. Richard Müller.

Methode zur einheitlichen Bezeichnung der Resultate der Hörprüfung.

(Aus der Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten an der Kgl. Universität in Turin.)

Von Prof. G. Gradenigo-Turin.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVI. Band, 1. u. 2. Heft.)

Den vielen in jüngerer Zeit veröffentlichten Versuchen, ein einheitliches und übersichtliches Schema für die Aufzeichnung der Ergebnisse der funktionellen Hörprüfung aufzustellen, lässt Gr. einen neuen folgen — unseres Erachtens mit demselben negativen Erfolg wie seine Vorgänger. Ein solches Schema würde erst dann Werth haben, wenn es nicht nur von allen Ohrenspezialisten, sondern von der gesammten Aerztewelt allgemein angenommen würde. Daran ist aber aus den verschiedensten Gründen wohl nie zu denken; und darum mag ein derartiges Schema wohl zu Aufzeichnungen in der Klinik und in der eigenen Thätigkeit dessen, der es sich zurecht gelegt hat, verwendbar sein und hier einigen Werth im Sinne

der Kürze und Uebersichtlichkeit der Aufzeichnungen besitzen, — für die Allgemeinheit aber, z. B. schon zur Benutzung in wissenschaftlichen Arbeiten, wird es werthlos bleiben, da nicht zu verlangen ist, dass der Leser jedesmal den Schlüssel zu dem Schema des betreffenden Autors im Kopfe hat. Zur Benutzung in ärztlichen Gutachten aber, wo es für den ärztlichen Sachverständigen in Frage käme, ist solch ein Schema erst recht nicht zu gebrauchen; denn was man vom Arzte nicht verlangen kann, kann man noch viel weniger vom Laien, der sich in dem Gutachten auch zurecht finden soll, verlangen.

Am Schlusse seines kurzen Aufsatzes giebt Gradenigo zwei Beispiele für seine „Methode"; ein Blick auf die magierhaften Zeichen dieser Beispiele wird genügen, jeden Unbefangenen von der Richtigkeit der vorstehenden Ausführungen zu überzeugen. Richard Müller.

Entotisches Geräusch in Folge eines Aneurysma der Arteria occipitalis.

(Aus der Ohren- und Kehlkopfklinik in Rostock.)

Von Dr. Muck, I. Assistent.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVI. Band, 3. Heft.)

Bei einer 68 Jahre alten Frau bildete sich nach Fall auf den Hinterkopf unter der Haut hinter dem Warzenfortsatz ein der Beschreibung nach wohl fünfmarkstückgrosses Aneurysma der Art. occip. heraus, welches ein klopfendes, quälendes Geräusch im Ohr verursachte. Nach Ausschneidung des Aneurysmas kam es nach einiger Zeit zur erneuten Bildung eines etwa markstückgrossen Aneurysmas, doch ist das Geräusch seitdem nicht mehr in so hohem Grade störend wie vorher. R. M.

Augen.

Ueber die Vererbung von Augenleiden mit besonderer Berücksichtigung der Neuritis optica in Folge von Heredität und kongenitaler Anlage (Leber).

Von Professor Dr. A. Vossius.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, herausgegeben von Vossius. III. Band, Heft 6. 1900.)

Wir nehmen bei einer Krankheit Vererbung an, wenn dieselbe ohne nachweisbaren Grund bei einem Individuum auftritt, dessen Eltern oder sonstige Verwandte von derselben oder einer ähnlichen Krankheit befallen gewesen sind, ferner wenn mehrere Geschwister von demselben Leiden betroffen werden, während ihre Eltern und Vorfahren davon verschont gewesen sind. Auch Blutsverwandtschaft der Eltern kann von Einfluss auf die Entstehung bestimmter Augenleiden bei ihren Nachkommen sein. Manche erblichen Krankheiten zeigen verschiedene typische Eigenschaften, welche sie von ähnlichen Krankheitsbildern unterscheiden. Hierher gehört u. A. die erbliche Neuritis optica, welche besonders von Leber als ein scharf charakterisirtes Krankheitsbild hingestellt worden ist. Die Erkrankung tritt meist plötzlich ein und die Abnahme der Sehschärfe steigert sich in wenigen Tagen bis zu fast völliger Erblindung. Gewöhnlich werden beide Augen nicht gleichzeitig befallen. Nach 2—4 Wochen hat die Sehstörung gewöhnlich ihren Höhepunkt erreicht und bleibt weiterhin unverändert bestehen. Die Kranken erblinden meist nicht völlig, werden aber doch so hochgradig schwachsichtig, dass sie oft kaum allein gehen können. Besserungen und selbst völlige Heilungen sind in seltenen Fällen beobachtet worden. Im Gesichtsfelde findet sich ein centrales Skotom für weisse und farbige Objekte. Die Peripherie des Gesichtsfeldes behält in der Regel normale Ausdehnung und erkennt noch Farben. Der Augenspiegel weist anfangs nur unbedeutende Veränderungen auf, später entfärbt sich die Papille, besonders in der temporalen Hälfte. Schliesslich wird die ganze Sehnervenscheibe graugrün oder weisslich, ohne dass dabei immer völlige Amaurose zu bestehen braucht. Manchmal bestehen gleichzeitig noch andere Erkrankungen von Seiten des Nervensystems: Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit, Erbrechen, ferner Epilepsie, Ataxie, Geisteskrankheiten. In der überwiegenden Mehrzahl erkrankten an der hereditären Neuritis in den disponirten Familien die Männer, nämlich in 87 Prozent, während nur 13 Prozent weibliche Individuen befallen werden. Dagegen übertragen selbst die gesunden Frauen aus erblich belasteten Familien die Krankheit öfter auf ihre Söhne, welche etwa zwischen dem 17. und 21. Lebensjahre erkranken. Blutsverwandtschaft der Eltern oder Vorfahren scheint nur selten bei dem genannten Sehnervenleiden vorzuliegen. Klopfer verfolgte mit Hilfe der Kirchenbücher den Stammbaum einer erblich belasteten Familie bis in die Mitte des 17. Jahrhunderts zurück und fand, dass in der Familie mehrfach Heirathen zwischen Blutsverwandten stattgefunden hatten. Die hereditäre Neuritis tritt meist idiopathisch bei bis dahin ganz gesunden Menschen auf. Fälle, in denen Syphilis besteht, werden wohl mit Unrecht hierher gerechnet. Alkohol- und Tabaksmissbrauch werden von einigen Seiten als prädisponirende Momente angesehen. Am wahrscheinlichsten ist die Annahme, dass abnorme Wachsthumsverhältnisse der Schädelknochen zur Verengerung des knöchernen Canalis opticus und damit zur Erkrankung der Sehnerven führen. Sektionen einschlägiger Fälle liegen bis jetzt nicht vor. Die Behandlung hat keine hervorragenden Resultate aufzuweisen. Schmierkuren, Jodkalium, Schwitzkuren, Strychnineinspritzungen, Galvanisation des Sympathicus sind, theilweise mit Erfolg, angewendet worden. Verf. giebt zum Schluss die Geschichte einer Familie mit erblicher Neuritis optica, in welcher durch 3 Generationen hindurch nur männliche Mitglieder, jedoch nicht alle, erkrankten. Einer dieser Männer hatte 4 gesunde Kinder, während seine beiden, selbst gesunden Schwestern unter ihren Söhnen mehrere Erkrankungen aufwiesen. Groenouw.

Hygiene.

Rückblicke auf die internationale Syphiliskonferenz in Brüssel vom 4. bis 8. September 1899.

Von R. Wehmer.

(Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege Bd. 32 Heft 2.)

Verf., einer der Delegirten, die Deutschland zu der im Vorjahre während der Zeit vom 4. bis 8. September 1899 abgehaltenen internationalen Konferenz für Prophylaxe der Syphilis und Geschlechtskrankheiten nach Brüssel entsandt hatte, giebt in den vorliegenden Rückblicken eine zusammenfassende Darstellung der Arbeiten des Kongresses.

Von den vor Beginn der Konferenz den Theilnehmern als Vorarbeit von Seiten der ernannten Berichterstatter überreichten Druckbänden verdient besondere Erwähnung der 2. Band, der das Ergebniss der Erhebungen über den Stand der Prostitution sowie über die Verbreitung der Syphilis- und der Geschlechtskrankheiten in den verschiedenen Kulturländern zusammenfasst. Dieser Band enthält ein überaus werthvolles Material, meist auf Grund amtlicher Ermittelungen, deren Werth ein noch höherer sein würde, wenn der subjektive Standpunkt der einzelnen Berichterstatter als Reglementaristen oder Abolitionisten weniger sich bemerkbar machte. Dieses Auseinandergehen der Aerzte nach den beiden bezeichneten Richtungen, das bei jeder Gelegenheit in breitester Weise zur Geltung gebracht wurde, erwies sich für den wissenschaftlichen Verlauf des Kongresses vielfach störend und hinderlich, wie

desgleichen die Erörterungen der Moralisten und Frauenvereinler. Vom Organisationskomite waren 6 Fragen aufgestellt, die den Verhandlungen zu Grunde gelegt werden sollten. Am Lebhaftesten entbrannte der Kampf um die erste Frage: „Haben die thatsächlich geltenden Systeme der Reglementirung einen Einfluss auf die Häufigkeit und die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten?“ Ohne das energische Eingreifen Kaposi's wäre es der rührigen Agitation der Abolitionisten in Wort und Schrift fast gelungen, die Konferenz zu einer öffentlichen Kundgebung (Resolution) in ihrem Sinne zu vermögen. Besondere Erwähnung verdient eine von Jullien (Paris) erörterte Statistik, welche die durch und für die Minderjährigen drohenden Gefahren darlegte. Grade diese sind Erkrankungen, zumal sie erst in die Prostitution eintreten, am meisten ausgesetzt, vernachlässigen sie aus Unkenntniss und zeitigen damit die schwersten Folgezustände.

Hinsichtlich der 2. Frage: „Ist die gegenwärtig übliche ärztliche Ueberwachung verbesserungsfähig?“ neigte die Versammlung der Auffassung zu, dass eine möglichst häufige Untersuchung, zumal der jugendlichen Dirnen nöthig sei, dass sie mehrmals wöchentlich, in Bordellen thunlichst täglich, zu erfolgen habe, dass aber die Untersuchungen aus den polizeilichen Untersuchungsstationen in die Polikliniken zu verlegen und event. mit therapeutischen Massnahmen zu verbinden seien.

Bei der 3. Frage: „Ist es vom ausschliesslich medizinischen Standpunkt vortheilhafter, Bordelle beizubehalten oder sie zu unterdrücken?“ neigten die ärztlichen Vertreter der Bejahung der Frage zu, indem auf die Folgen, die mit der vorübergehenden Unterdrückung der Bordelle in einzelnen Ländern gemacht worden sind, hingewiesen wurde. Unterdrücke man die Bordelle, so entständen allerlei Surrogate, die jeder Kontrolle entzogen blieben. Als ganz besonders gefährlich wurde aber bei Mangel ordentlicher Bordelle das Zuhälterunwesen bezeichnet und energisches Vorgehen hiergegen allseitig gewünscht.

Auch die 4. Frage: „Ist die polizeiliche Ueberwachung verbesserungsfähig?“ wurde bejahend beantwortet. Soweit die hygienische Seite der Prostitution in Frage kommt, sprachen sich namhafte Vertreter für Ueberweisung der gesammten Prostitution an dezentralisirte ärztliche Untersuchungsämter aus, hinsichtlich der administrativen Regelung für Uebertragung auf die ordentlichen Gerichte.

Ueberwiegend dem sozialen und wirthschaftlichen Gebiet gehörte die 5. Frage an: „Durch welche gesetzlichen Massnahmen kann man die Zahl der sich durch die Prostitution ernährenden Frauenspersonen verringern?“

Bei der letzten Frage: „Welche allgemeine Massnahmen können im Hinblick auf alles die Prostitution Angehende erfolgreich zur Verminderung der Syphilis und Geschlechtskrankheiten ergriffen werden?“ wurde von Lesser Wegfall aller die Behandlung der Geschlechtskranken erschwerenden Momente, insbesondere Wegfall der Bestimmungen bei den Krankenkassen, welche die Geschlechtskranken pekuniär schlechter stellen als andersartige Kranke, Wegfall der Anzeigepflicht, (die übrigens nur sehr beschränkt zulässig ist, Ref.), möglichst weitgehende unentgeltliche Behandlung der Geschlechtskranken, Belehrung des Publikums und der Kranken verlangt, während Kaposi eine bessere Vorbildung der Aerzte in Syphilodologie und Einführung derselben als Prüfungsgegenstand fordert, eine Forderung, die die Konferenz in einer besonderen Resulution zu der ihrigen machte.

Von den im Anschluss an die Verhandlungen gefassten Resolutionen ist von besonderer Bedeutung die auf den Antrag von Fournier beschlossene Begründung einer „Gesellschaft für gesundheitliche und sittliche Prophylaxe“ mit dem Sitz in Brüssel, deren Aufgabe es sein soll, erstens eine Vierteljahrsschrift herauszugeben, welche zur Veröffentlichung ihrer Berichte und sie interessirenden Arbeiten bestimmt ist, und zweitens Kongresse zu veranstalten. Der nächste Kongress soll 1902 in Brüssel stattfinden. Es wird ein Ausschuss ernannt, der beauftragt wird, dem nächsten Kongress sowohl Satzungen wie endgültige Vorschläge für die Organisation der Gesellschaft vorzulegen.

Wünschen wir den Arbeiten dieser Gesellschaft besten Erfolg. Hier wie bei der Bekämpfung des Alkoholismus wird der Erfolg davon abhängen, ob es gelingt, das Interesse der in erster Linie in Frage kommenden Kreise, speziell der männlichen und weiblichen Jugend, hierfür als für eine der wichtigsten hygienischen, sozialen und wirthschaftlichen Fragen der Gegenwart zu gewinnen. Dabei wird bei der Bekämpfung der Syphilis zugleich auch zu berücksichtigen sein, dass die Syphilis in einer grossen Zahl von Fällen in Folge von Rauschzuständen erworben wird.

Roth (Potsdam).

Hat die heute übliche Reglementirung der Prostitution einen nachweisbaren Einfluss auf die Häufigkeit und die Verbreitung der venerischen Krankheiten ausgeübt?

Von Dr. A. Blaschko.

(D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege Bd. 32, Heft 2.)

Der vorliegende Bericht behandelt die erste der auf dem Brüsseler Kongress des Vorjahres gestellten Fragen, über welche neben Blaschko Barthélémy (Paris) und Augagneur (Lyon) referirten.

Verf. kommt auf Grund des aus Deutschland und den übrigen auf der Konferenz vertretenen Ländern vorliegenden und sorgfältig verarbeiteten Materials zu dem Ergebniss, dass die statistischen Daten aus den verschiedensten Staaten und Städten Europas mit und ohne Reglementirung keinen deutlichen Einfluss derselben auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der männlichen Bevölkerung erkennen lassen. Eine solche Einwirkung ist hier und da möglich, aber die Veränderungen in der Erkrankungsziffer, welche durch die An- und Abwesenheit der Reglementirung bedingt werden, sind fast überall nur so gering, dass sie neben den Schwankungen, welche durch andere wirksamere Faktoren bedingt werden, gar nicht oder nur sehr undeutlich zum Ausdruck gelangen. Jedenfalls wird dem Verf. darin beizustimmen sein, dass durch die üblichen Reglementirungssysteme die öffentiche Aufmerksamkeit zu ausschliesslich auf die gewerbsmässige Prostitution als die Quelle der Geschlechtskrankheiten hingelenkt und Gesetzgeber, Verwaltungsbehörden und Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege verleitet wurden, anderweitige Massregeln zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten zu vernachlässigen. Hierher gehört vor Allem auch eine häufig wiederholte und genaue Untersuchung und Behandlung der gelegentlich von der Polizei aufgegriffenen Dirnen.

Roth (Potsdam).

Zur Frage der Zimmerdesinfektion mit Formaldehyd.

Aus dem Kreiskrankenhause in Britz (Dirig. Arzt: Dr. Riese). Von Dr. M. Friedemann.

(Deutsche medizin. Wochenschr. No. 50, 1899.)

Aus den bakteriologischen Versuchen Verfassers, die nach Möglichkeit den in Praxis vorkommenden Verhältnissen angepasst wurden, geht hervor, dass von den verschiedenen Methoden, welche für die Zimmerdesinfektion mittels Formaldehyd angegeben wurden, das Verfahren unter Anwendung des Lingner'schen Glykoformalapparates die besten Dienste leistet und allen anderen Methoden ähnlicher Art vorzuziehen ist, ohne dass man es deshalb ein ideales nennen könnte. Entschiedene Vorzüge der neuen Raumdesinfektionsmethode sind

einmal die Schnelligkeit des Verfahrens selbst, ferner die Unschädlichkeit desselben in Bezug auf die im Zimmer befindlichen Gegenstände, die höchstens einen geringen, vom Glycerin herrührenden, klebrigen Ueberzug bekommen, sonst aber keinerlei Schädigung ausgesetzt sind, und schliesslich die Einfachheit des Verfahrens. Ein Nachtheil ist ausser dem Kostenpunkt der Umstand, dass der Geruch längere Zeit im Zimmer haftet. Derselbe war noch nach zwei bis drei Tagen belästigend, trotz Scheuern des Fussbodens, trotz Ammoniak und trotz der Entfernung der Gardinen und anderen Stoffe, an denen der Geruch am intensivsten haftet. Immerhin ist das Verfahren das sicherste und praktischste, was gegenwärtig zur Verfügung steht, und verdient diese Raumdesinfektionsmethode deshalb vielseitige Anwendung. —y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein der deutschen Irrenärzte.

(Jahressitzung in Frankfurt a. M. am 20. und 21. April 1900).

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Auf der wissenschaftlichen Tagesordnung der Versammlung standen neben Vorträgen über pathologisch-anatomische und klinische Themata auch mehrere, die sich mit Fragen forensisch-psychiatrischer und allgemein-hygienischer Art beschäftigten. Ueber letztere, die wohl auch ausserhalb des engen Kreises der Fachgenossen Interesse in Anspruch nehmen dürfen, soll hier berichtet werden.

Zunächst erstattete Herr Prof. Dr. **Lenel**-Strassburg das Referat über: „Die Prognostik der Geistesstörungen in Bezug auf § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuches (Ehescheidung).“ § 1569 lautet: Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Der Sinn dieser Bestimmungen, so führt der Referent aus, sei auch für den Juristen keineswegs überall klar und durchsichtig, und er könne keine Garantie übernehmen, dass sich die Gerichte, insbesondere das Reichsgericht, seiner Auffassung und Auslegung derselben anschliessen werden.

Für die gesetzliche Zulässigkeit der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit müssen drei bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. 1. Die Geisteskrankheit muss während der Ehe 3 Jahre bestanden haben; 2. sie muss sich so weit gesteigert haben, dass die geistige Gemeinschaft aufgehoben ist und 3. dauernd aufgehoben bleibt.

Was den ersten Punkt betrifft, so definirt das Gesetz den Begriff Geisteskrankheit nicht näher; es unterscheidet aber in dem Entmündigungsparagraphen (die Ehescheidung setzt übrigens nicht die Entmündigung voraus) zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche; es kann daher die Auslegung, was unter Geisteskrankheit zu verstehen ist, nicht dem Mediziner allein überlassen werden. Geisteskrankheit und Geistesschwäche sind nach dem Gesetz zwei Formen dauernder Geistesstörung, von denen die letztere die leichtere Form darstellt. Die gesetzlichen Bezeichnungen Geisteskrankheit und Geistesschwäche haben ihre Grundlage nicht in der Psychiatrie, vielleicht auch nicht im täglichen Sprachgebrauch, aber das Gesetz hält an seiner einmal gewählten eigenen Terminologie fest. Ein Zustand von Geistesschwäche erfüllt daher nicht die erste Bedingung der Zulässigkeit der Ehescheidung, selbst nicht, wenn die Geistesschwäche nach einiger Zeit in Geisteskrankheit übergeht. Andrerseits kann nicht verlangt werden, dass durch die Geisteskrankheit auch die geistige Gemeinschaft schon drei Jahre aufgehoben ist; es ist dies erst zur Zeit der Ehescheidung nothwendig (in den Reichstagsverhandlungen war auch eine andere Ansicht geäussert worden). Die dreijährige Dauer der Geisteskrankheit muss ununterbrochen sein; eine noch so oft wiederkehrende Krankheit ist keine dauernde Krankheit. Der theoretischen Betrachtung des Juristen bieten daher auch die vielgenannten „lucida intervalla“ keine Schwierigkeiten; entweder sind die einzelnen Anfälle nur Symptome einer dauernden Krankheit, oder dieselbe war dazwischen geheilt, der wiederholte Anfall stellt sich als Rückfall dar, dann war die Dauer unterbrochen, die Voraussetzungen der Ehescheidung sind nicht gegeben. Ob diese Unterscheidung praktisch vom Fachmann ebenso leicht zu treffen ist, kann der Jurist nicht beurtheilen; ist sie im einzelnen Falle unmöglich, dann ist die Ehescheidung unzulässig.

In der zweiten Voraussetzung liegt für Juristen und Mediziner die Hauptschwierigkeit des Paragraphen. Was versteht das Gesetz unter geistiger Gemeinschaft? Wann ist dieselbe aufgehoben? Der Begriff ist nichts weniger als klar, und die Gesetzesmaterialien tragen nichts zur Aufklärung bei. In ihnen kehrt immer nur die Bezeichnung „geistiger Tod“ wieder, der, wie der leibliche Tod die Ehe durch Aufhebung der leiblichen Gemeinschaft löst, die geistige Gemeinschaft aufheben soll. Niemand hat aber gesagt, was mit geistigem Tode gemeint ist; die Bezeichnung ist auch in die beliebtesten Kommentare übergegangen, aber in dem massgebenden Gesetz selbst ist von ihr mit keiner Silbe die Rede. Nach Ansicht des Referenten kann man unter geistigem Tode nur die gänzliche Verblödung verstehen. Die Anschauung, dass die geistige Gemeinschaft nur durch geistigen Tod aufgehoben wird, ist daher nicht berechtigt. Verfolgungswahn, namentlich bei feindlicher Richtung gegen den Ehegatten, hebt sicher die geistige Gemeinschaft auf und kann gleichwohl von völliger Verblödung, geistigem Tode weit entfernt sein. Wir müssen uns also bemühen, für geistige Gemeinschaft eine schärfere Definition zu finden. Die Litteratur bietet keine nennenswerthe Unterstützung. Man hat die geistige Gemeinschaft mit dem Bewusstsein des ehelichen Bandes identifizirt; so lange der Kranke noch wisse, dass er verheirathet sei, bestehe die geistige Gemeinschaft fort; eine entsprechende Formulirung ist in der Kommission abgelehnt worden. Man hat ferner dafür die Fähigkeit verlangt, in vernunftgemässer Weise an dem ehelichen Leben und seinen Pflichten theilzunehmen; es giebt aber keine Geisteskrankheit, welche diese Fähigkeit bestehen lässt, während das Gesetz doch die Möglichkeit der geistigen Gemeinschaft bei gewissen Formen geistiger Störung voraussetzt. Man hat mehr oder minder rege Theilnahme an Allem, was das eheliche Leben betrifft, für nothwendig erklärt; auch solche Geisteskrankheiten giebt es nicht. Am meisten befriedigt den Referenten noch diejenige Auffassung, welche die geistige Gemeinschaft durch volle Verständnisslosigkeit des Kranken für das eheliche Verhältniss als erloschen betrachtet. Diese Auffassung ist aber zu absolut, da das Gesetz nur eine Krankheit fordert, welche die Gemeinschaft zwischen den individuellen Ehegatten ausschliesst. Referent sieht in der geistigen Gemeinschaft eine im Bewusstsein und im Willen bestehende Gemeinschaft; sie setzt das Bewusstsein gemeinsamer Interessen voraus und verlangt den Willen, diese zu fördern; die geistige Gemeinschaft beruht auf der bewussten Uebereinstimmung der Interessen. Diese kann allerdings auch sonst fehlen, bei unverträglichen Ehegatten. Es ist daher nicht die Frage zu erörtern, welche geistige Gemeinschaft vorher unter diesen Ehe-

gatten bestanden hat, sondern welche in abstracto gefordert wird; ein idealistischer Massstab ist hierbei nicht angebracht. Da die geistige Gemeinschaft in dem übereinstimmenden Bewusstsein besteht, an dem Wohl des anderen Ehegatten und der Kinder interessirt zu sein, in dem Willen, sich diesen Interessen zu widmen, liegt eine geistige Gemeinschaft noch vor, sobald der Kranke, wenn auch in falscher Weise, diesen Interessen zu dienen glaubt.

Die dritte Voraussetzung verlangt, dass jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen ist; jede Aussicht, nicht jede Möglichkeit; denn es könnten therapeutische Mittel erfunden werden, welche die Heilung einer jetzt unheilbaren Krankheit ermöglichten. Jede Aussicht bedeutet jede nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft begründete Aussicht. Eine auch nur vorübergehende Wiederherstellung ist Wiederherstellung und lässt die Ehescheidung daher nicht zu.

Herr Direktor Dr. **Kreuser**-Schussenried erstattete das psychiatrische Korreferat über dieses Thema.

Trotzdem nur in 0,5 Prozent der Ehescheidungen Geisteskrankheit des Mannes, in 1,3 Prozent Krankheit der Frau die Veranlassung war, ist die Thätigkeit des psychiatrischen Sachverständigen hierbei ausserordentlich verantwortungsvoll, da eine Ehescheidung nicht wie eine etwa zu Unrecht erfolgte Entmündigung rückgängig gemacht werden kann. Um die daraus erwachsenden Folgen zu kennzeichnen, genügt es, wenn wir — als Aerzte, die in erster Linie das Wohl der Patienten im Auge behalten müssen, heben wir diesen Punkt hervor — auf den Nachtheil hinweisen, welchen die Aufhebung der Ehe für einen Rekonvalescenten mit sich bringen würde, nicht sowohl durch den unmittelbaren Einfluss auf das Seelenleben als auch durch den Verlust einer Stütze im wieder bevorstehenden Daseinskampfe. Schon hieraus erhellt, dass wir die Prognostik der Geisteskrankheiten, um ein einheitliches Handeln zu erzielen, einer eingehenden Erörterung unterziehen müssen.

Vortr. hat die leitenden Gesichtspunkte für die Begutachtung in einer Reihe Thesen zusammengefasst.

Es kann schon die Feststellung der dreijährigen Dauer der Geisteskrankheit während der Ehe Schwierigkeiten bereiten. Langdauernde Prodromalerscheinungen können dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit vorausgegangen sein, so dass es schwer sein kann, den Beginn der Krankheit zu datiren. Vortr. weist ferner auf die klinische Anschauung hin, welche die periodischen Geistesstörungen als Aeusserungen eines beim ersten Anfall erkennbaren, erst mit dem Tode des Individuum endigenden Krankheitsprozesses betrachtet; es entspricht jedoch nicht dem Sinne des Gesetzes, gemäss dieser Auffassung die Dauer der Geisteskrankheit auch vom ersten Anfall an zu rechnen. Es wird vom Gesetz eine ununterbrochene Störung gemeint. Es müssen offenkundige intervalläre Symptome vorhanden sein.

These 1: Bei Berechnung der Krankheitsdauer sind etwaige von manifesten Krankheitserscheinungen freie Intervalle als Unterbrechungen der Geisteskrankheit anzusehen.

Was Art und Grad der Geistesstörung betrifft, welche die Ehescheidung gestattet, so meidet das Gesetz jede Anlehnung an die klinische Terminologie. Unter der Bezeichnung geistiger Tod kann man nur einen Zustand verstehen, bei dem keine Zeichen geistigen Lebens mehr vorhanden sind. Ein solcher Zustand ist ausserordentlich selten. Oft sind nur die ethischen und gemüthlichen Empfindungen abgestorben; dann sind aber wohl die Bedingungen des Gesetzes erfüllt; denn gerade dies sind wichtige Seiten des Seelenlebens, welche die Grundlage bilden für die eheliche Gemeinschaft. In der Hauptsache finden sich diese Defekte bei den Zuständen von Verblödung namentlich der grossen Gruppe der sog. sekundären Schwächezustände. Ob eine Paranoia die Bedingungen des Gesetzes erfüllt, muss von Fall zu Fall besonders erwogen werden; dieselbe vermag auch ohne stärkere Verblödung eine Abtödtung der Gefühle herbeizuführen, insbesondere wenn Wahnbildungen mit feindseliger Richtung gegen den Ehegatten vorherrschen. Es kann durch systematisirte Wahnideen die Gemeinschaft in concreto vielleicht aufgehoben werden, wo sie in abstracto noch bestehen könnte. Im Gegensatz zu Cramer glaubt der Vortr. nicht, dass durch die Nothwendigkeit der Unterbringung des Kranken in der Irrenanstalt die geistige Gemeinschaft im Sinne des Gesetzes aufgehoben wird.

These 2: Der Grad der Krankheit wird gegeben durch pathologische Geisteszustände, vermöge deren jedes spontane Interesse des Kranken an Ehe und Familie abgestorben erscheint, so dass der Kranke eine Scheidung nicht mehr als Härte empfinden kann.

These 3: Weder dieser Grad, noch die Prognose einer Geisteskrankheit im Sinne des § 1569 werden durch unsere klinischen Diagnosen allein genügend zum Ausdruck gebracht; beide sind vielmehr von Fall zu Fall ausreichend zu begründen.

These 4: Der erforderliche Krankheitsgrad findet sich am häufigsten bei schweren psychischen Defektzuständen, wie sie aus verschiedener Aetiologie und aus verschiedenen klinischen Krankheitsbildern entstehen können. Von besonderer Bedeutung ist dabei stets der Nachweis einer Schädigung der ethischen und gemüthlichen Seiten des Seelenlebens. — Selten kann auch eine krankhafte Umbildung der Persönlichkeit, wie sie die Paranoia darstellt, vermöge ihrer besonderen inhaltlichen Störung den geforderten Grad von Geistesstörung repräsentiren. — Bei periodischem Krankheitsverlaufe sind die intervallären Zustände für die Beurtheilung massgebend.

Die Prognose der Geisteskrankheit unterliegt dem ärztlichen Spruche allein. Ihre Schwierigkeit wird bei der Ehescheidung zwar durch die übrigen Voraussetzungen des Gesetzes gemildert, aber in hohem Grade dadurch erschwert, dass nicht eine Wiederherstellung an und für sich, sondern nur die Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen sein muss. Vortr. weist darauf hin, dass überraschende Spätheilungen vorkommen; viel häufiger aber sind relative Besserungen, vermöge deren das zeitweise abhanden gekommene Interesse und grössere geistige Regsamkeit sich wieder herstellen können. In allen Fällen, bei denen eine solche Möglichkeit vorliegt, ist die Ehescheidung unzulässig.

These 5: Um jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen erscheinen zu lassen, müssen die vorgenannten Defekte und Umbildungen entweder unverkennbar progressiven Charakter zeigen oder wenigstens seit längerer Zeit stationär geworden sein, so dass eine Zerstörung von Elementarbestandtheilen des Centralnervensystems in nicht zu kleiner Anzahl als ihre anatomische Grundlage wahrscheinlich ist. Beim Fehlen der pathologischen Anatomie sind wir bei der Abgrenzung der in diesem Sinne irreparablen Veränderungen im Wesentlichen noch auf die klinischen Erfahrungen angewiesen; wir müssen bestrebt sein, solche Prozesse im Beginn zu erkennen.

Vortr. erörtert im Anschluss daran, welche Defekte beden einzelnen klinischen Krankheitsformen hierher zu rechnen sind. Irreparabel sind diejenigen Veränderungen, die, relativ selten, bei Schädeltraumen mit Substanzverlusten des Gehirns entstehen und Jahre lang fortdauern können; aber auch bei solchen traumatischen Psychosen, wo keine erkennbare Verletzung des Gehirns vorliegt, finden sich manchmal unheilbare

Defekte. Die auf Altersatrophie beruhenden Seelenstörungen lassen eine Wiederherstellung unmöglich erscheinen; man muss sich jedoch davor hüten, alle Erkrankungen im Senium als durch Altersatrophie bedingt anzusehen. Bei der progressiven Paralyse ist auch nach dreijährigem Bestehen der Krankheit Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft noch sehr gut möglich; als dauernd müssten wir Defekte bezeichnen, die sich auch nach Ablauf des Excitationstadiums erhalten haben und über diesen Höhepunkt hinaus fortschreiten. Bei den auf Intoxikation beruhenden Psychosen (Alkoholismus etc.) müssen wir für die Prognose mehr Gewicht auf die bestehende Degeneration als auf den Grad der Vergiftung legen. Bei der Dementia praecox der Kraepelin'schen Schule (im Wesentlichen identisch mit den sekundären Seelenzuständen) muss die Prognose unabhängig von den motorischen Störungen gestellt werden, und zwar von Fall zu Fall, auf Grund der bei dem einzelnen Kranken vorhandenen Defekte. Gemüthliche Stumpfheit und Interesselosigkeit sind als wichtigste Punkte anzusehen, jedoch ist Vorsicht bei der Beurtheilung derselben angebracht. Fälle mit ausgeprägterer Wahnbildung und schliesslichem Ausgang in Verworrenheit rechnet Vortr. zur Paranoia. Manieren und Stereotypien sind in ihrer prognostischen Bedeutung nicht zu überschätzen. Bei der Paranoia kommt es mehr zu einer Umbildung der gesammten Persönlichkeit. Typische Paranoiker sind immer als unheilbar zu erklären, aber auch hier ist eine Wiederherstellung der Gemeinschaft durchaus nicht ausgeschlossen, wenn die Wahnbildungen nicht gerade gegen den Ehegatten gerichtet sind, worauf schon bei der allgemeinen Betrachtung hingewiesen ist. Bei anderweitiger Wahnbildung kann die geistige Gemeinschaft dauernd erhalten bleiben. Bei den schon erwähnten von anderer Seite zur Dementia praecox gerechneten Fällen tritt die krankhafte Umbildung der Persönlichkeit zurück; die sich ausbildende Verworrenheit ist definitiv. Bei Epilepsie und Hysterie kann nur die Prognose der damit verbundenen psychischen Erscheinungen in Betracht gezogen werden. Hysterische können die Ehe zur Hölle machen, ohne bei dem proteusartigen Charakter der Krankheit die Voraussetzungen des Gesetzes zu bieten. Erst wenn bei diesen Krankheiten der geistige Zerfall deutlich geworden ist, namentlich, wenn die ethische Seite früh betroffen wird, sind diese gegeben. Manie und Melancholie können nicht zur Ehescheidung führen, wenn nicht Defekte eintreten, die ihrem Wesen selbst nicht mehr zugehören. Das Gleiche gilt von dem manisch-depressiven (cirkulären) Irresein; dieses (wir verweisen auf die obigen Ausführungen) schliesst die Ehescheidung aus, sobald nicht in den Intervallen geistige Schwäche festzustellen ist; aber sie ist in letzterem Falle selbst dann zulässig, wenn in den exaltativen Stadien auch an die früheren Familienbeziehungen angeknüpft wird.

These 6: Dem entsprechend darf die Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft nicht für ausgeschlossen erklärt werden, so lange jene Defekte und Umbildungen noch vorzugsweise bestimmt sein können durch aktuelle Krankheitsprozesse, wie sie sich besonders in Reiz-, Spannungs- und Hemmungserscheinungen kundgeben, oder so lange sie noch als blosse Ermüdungserscheinungen aufgefasst werden können.

Zum Schluss hebt der Vortr. noch die grosse Bedeutung für die klinische Diagnostik und Prognostik hervor, die der Fragestellung bei der Ehescheidung innewohnt, da nicht nur zu entscheiden ist, ob heilbar oder unheilbar, sondern auch, ob noch Aussicht auf Besserung vorhanden ist.

Vortr. hat unter dem Gesichtspunkt des § 1569 die Patienten der Irrenanstalt Schussenried mit dreijähriger ununterbrochener Krankheitsdauer untersucht und gefunden, dass bei 43 Prozent die Voraussetzungen der Ehescheidung gegeben waren; bei 27 Prozent waren sie bestimmt zu verneinen, bei 30 Prozent zweifelhaft.

Diskussion: Moeli-Herzberge weist auf die Schwierigkeit hin, die darin liegt, dass die Prüfung der Möglichkeit einer geistigen Gemeinschaft durch den Sachverständigen sich auf den einen Ehegatten beschränken muss. Den Begriff der geistigen Gemeinschaft fasst er weiter als die Referenten. Er verlangt nur, dass die durch Eingehung der Ehe geweckten Vorstellungen und Empfindungen einen wesentlichen Bewusstseinsinhalt bilden. Hoche-Strassburg betont, dass im Gesetze selbst dreijährige Dauer der Geisteskrankheit in continuo nicht gefordert wird. Aschaffenburg-Heidelberg hält nach wie vor an der Unheilbarkeit der Dementia praecox fest; es bedeutet dies jedoch nicht die Unheilbarkeit, wie sie die Voraussetzung der Ehescheidung ist, im Gegentheil wird auch er hierbei eine ungünstige Prognose nur mit äusserster Vorsicht stellen, trotz des in jedem einzelnen Falle nachweisbaren Defektes, der Abstumpfung der Gefühle u. a. m. Fürstner-Strassburg warnt davor, unsicheren Boden zu betreten. Man soll sich vielmehr bemühen, dem Richter die einzelnen Fälle so zu schildern, dass er sich selbst ein Bild davon machen kann. Der Gesetzgeber hat nicht ohne Absicht die Bezeichnungen der Psychiatrie vermieden. Die Hysterie wird nach der Meinung F.'s häufiger die Voraussetzungen der Ehescheidung darbieten, als der Korreferent annahm. Lenel (Schlusswort) bemerkt, dass die durch räumliche Trennung in Folge Anstaltsaufenthaltes bewirkte Aufhebung der geistigen Gemeinschaft die Bedingungen des Gesetzes zweifellos nicht erfüllt. Moelis Bezeichnung der geistigen Gemeinschaft hält er für zu weit, da zu den psychischen Beziehungen auch die Abneigung gehört; es muss genau gesagt werden, worin die psychische Beziehung bestehen muss. Kreuser (Schlusswort) schliesst sich dieser Ansicht an. Desgleichen geht man nach seiner Auffassung zu weit, wenn man die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft durch räumliche Trennung für genügend hält, so hart auch die Folgen der gegentheiligen Meinung mitunter für die Familie des Kranken sein mögen. Gegenüber Aschaffenburg bemerkt er, dass die Anschauung von der Unheilbarkeit der Dementia praecox in weite Kreise dringt, und sieht in dem Uebergang derselben von der Wissenschaft in die Praxis eine Gefahr, gegen die auch eine durch geübte Psychiater in einzelnen Fällen gestellte bessere Prognose nicht zu schützen vermag. Gegen Fürstner glaubt er, dass die Hysterie bei der Begutachtung doch grössere Schwierigkeit bereiten wird.

Hieran schloss sich der Vortrag Herrn **Bonhoeffer-Breslau**: „Die Zusammensetzung des grossstädtischen Bettler- und Vagabundenthums."

Vortragender hat 400 Bettler untersucht in der chronologischen Reihenfolge, wie sie dem Polizeigefängniss der Stadt Breslau zugeführt wurden. Die Untersuchung umfasst nur Individuen mit (6—60) Vorstrafen, die man als die sozial gescheiterten und gewohnheitsmässigen Parasiten der Gesellschaft betrachten darf. 120 Fragen wurden zum Teil aktenmässig, grösstentheils aber durch direkte Untersuchung beantwortet. Der somatische Befund wurde nur soweit berücksichtigt, als ein Zusammenhang mit den psychisch-nervösen Störungen bestand oder schlechte Ernährungsverhältnisse u. a. m. durch denselben bezeugt wurden. Fast 70 Prozent der Untersuchten sind gänzlich militäruntauglich gewesen, während der Durchschnitt für die Provinz Schlesien 8—9 Prozent beträgt. Ebenso auffallend ist die mangelnde Fruchtbarkeit der Ehen; die Hälfte der geschlossenen Ehen ist kinderlos; auf 100 Ehen kommen 120 Kinder. Es ist diese Thatsache vom Standpunkt

der Auslese zu begrüssen als Ausdruck einer progressiven Degeneration. Die meisten sind Tagesarbeiter mit wechselndem Lohn. In der Ascendenz macht sich eine grosse Zahl degenerativer Einflüsse geltend; in 50 Prozent sind dieselben nachweisbar gewesen, trotzdem bei höherer Ascendenz nicht nachgeforscht wurde. Es ist daher die Schätzung des Einflusses der Belastung sicher zu niedrig. Etwas wird dies vielleicht dadurch ausgeglichen, dass in manchen Fällen Alkoholismus als belastendes Moment notirt wurde, der möglicherweise zur Zeit der Zeugung noch nicht bestand. Allerdings wurde Alkoholismus erst dann angenommen, wenn das Familienleben dadurch dauernd Noth litt (durch mehrmalige Trunkenheit in der Woche etc.). Die 50 Prozent verteilen sich auf 9 Prozent eigentlicher Psychosen, 12 Prozent Epilepsie, 29 Prozent Alkoholismus. Das intellektuelle Durchschnittsniveau ist ausserordentlich niedrig, auch bei Berücksichtigung des in den östlichen Provinzen im Allgemeinen niedrigeren Bildungsstandes. Fragen nach Namen des Flusses bei Breslau, der Provinz, des Königreiches, von Kaiser und Papst, den Himmelsrichtungen, den Monaten wurden oft nicht beantwortet; einfache Rechenaufgaben (Ausrechnung des Wochenverdienstes nach dem Tagelohn) wurden nicht gelöst. Die Diagnose des angeborenen Schwachsinnes war hierdurch ausserordentlich erschwert und musste sich im wesentlichen auf andere Momente (körperliche Anomalien etc.) stützen. 53 Prozent haben nicht das Pensum der Volksschule erledigt, unter den übrigen 47 Prozent sind noch Viele, die nur eine einklassige Dorfschule besuchten. Bei einer grossen Zahl ist das Zurückbleiben lediglich durch die Schwäche der Begabung, nicht durch andere Ursachen wie mangelhaften Schulbesuch bedingt. Mindestens 22 Prozent sind imbecill; die torpide Form der Imbecillität überwiegt. Viele haben ihre Lehrzeit nicht beendigt. Die Arbeitslosigkeit geht meist aus der Indolenz hervor. Gewöhnlich leitet ein Diebstahl die Strafliste ein. Zur Stumpfheit kommen alsbald alkoholistische Beimengungen, Vergehungen gegen die Person u. a. m. Die anderen Formen der Imbecillität sind selten; zu ihnen gehören die mehr antisozialen Elemente. 6 Prozent leiden an erworbenen Geisteskrankheiten. 87 Prozent sind gewohnheitsmässige Schnapstrinker (für 0,20 – 1,50 Mark Schnaps täglich); Bier wird nur selten getrunken. 60 Prozent weisen die Zeichen des gewohnheitsmässigen Alkoholmissbrauches auf. Bei 63 Prozent ist der Alkoholismus auf dem Boden hereditärer Anlage oder angeborener Defektzustände erwachsen; nur bei einem Fünftel hat der Alkoholismus mehr selbstständige Bedeutung. Die gefährlichen Formen des Alkoholismus entstehen meist auf psychopathischer Grundlage. Nur bei 15 Prozent sind psychische Anomalien nicht nachweisbar.

Die Kriminalität beginnt zumeist zwichen dem 15. und 20. Lebensjahr, ein zweiter und dritter jeweils etwas niedrigerer Höhepunkt liegen zwischen dem 25. und 30. und zwischen dem 35. und 40. Jahr. Diese drei Zeiträume entsprechen dem Eintritt in das Erwerbsleben, der grössten Konkurrenz in Folge der grössten Zahl erwerbsthätiger Individuen und dem sozialen Ruin durch den Alkoholismus. Die vor und nach dem 25. Lebensjahr kriminell gewordenen bilden zwei verschiedene Gruppen; in der ersten überwiegt die Herkunft aus der Stadt, in der zweiten vom Land, ohne dass wir berechtigt wären, hieraus weitere Schlüsse zu ziehen auf die verschiedenen Berufsklassen. Die erste Gruppe enthält mehr Imbecille und Epileptiker, die zweite mehr Alkoholisten und eigentliche Geisteskranke; desgleichen finden sich in der ersten Gruppe mehr körperliche Anomalien. Unter 100 Ehen der ersten Gruppe sind 62 kinderlos, der zweiten 30; auf erstere kommen 80 Kinder, auf letztere 170. In der ersten Gruppe spielen sozialgefährliche Individuen eine grössere Rolle, bei der zweiten stehen die Vergehungen gegen § 361 im Vordergrund.

Herr Siemerling-Tübingen gab einen Ueberblick: „Ueber Entwickelung der Lehre von den geisteskranken Verbrechern“ im verflossenen Jahrhundert.

Das Studium des geisteskranken Verbrechers bildet einen besonderen Zweig der Psychiatrie. Anfänglich leitete man die Kriterien der Zurechnungsfähigkeit aus der Strafthat selbst ab. Mit den Fortschritten in der Erkenntniss des Wesens der Geisteskrankheiten wussten sich die Psychiater von philosophischen Spekulationen loszumachen. Man stellte einheitliche Krankheitsbilder auf; hieraus resultirte auch ein besseres Verständniss für den geisteskranken Verbrecher, man studirte nicht mehr die That für sich, sondern das ganze Individuum. Es giebt keine That, die allein die Geisteskrankheit des Thäters beweist. Geisteskranke verstossen häufiger gegen die Gesetze als Gesunde; schon diese Feststellung deutete auf die nahen Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen hin. Es ging daraus der Antrag hervor, die gerichtsärztliche Untersuchung auf alle Verbrecher auszudehnen. Man lernte die in der Haft entstehenden Psychosen kennen, kam von der Ueberschätzung der Simulation zurück, stellte fest, dass Simulation und Geistesstörung einander nicht ausschliessen. Die Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher, ob in besonderen oder den allgemeinen Irrenanstalten etc., ist noch nicht gelöst; die Unterbringung in Irrenabtheilungen im Anschluss an Strafanstalten (Bruchsal, Moabit), wenigstens während des Strafvollzugs, hält Vortr. nicht für unzweckmässig. Nach kurzer Besprechung der verminderten Zurechnungsfähigkeit wendet er sich zur Lehre Lombroso's (1887—1890) und schildert die Aufnahme, welche dieselbe in Deutschland gefunden. Die exogenen Momente vermögen allein das Verbrechen nicht zu erklären, die unheilbaren endogenen Verbrecher verdienen besondere Berücksichtigung. Die Psychiatrie wird sich nicht der Aufgabe entziehen können, an der Naturgeschichte des Verbrechers mitzuarbeiten, mitzuhelfen, Recht und Strafe an die geringe geistige Entwickelung anzupassen, hinzuweisen auf die prophylaktischen Massnahmen zur Verhütung der Geisteskrankheiten und Einschränkung der Verbrechen.

Herr Sioli-Frankfurt a. M. erörterte die Frage: „Warum bedürfen die grossen Städte einer intensiveren Fürsorge für Geisteskranke als das flache Land?“

Vortr. weist zunächst auf eine Reihe von in letzter Zeit gegen die Errichtung von Stadtasylen geltend gemachten Bedenken und gegen die Asyle gerichteten Vorwürfen hin. Die Idee der Erbauung von Stadtasylen ist von Griesinger ausgegangen; Fürstner, Sommer, Kraepelin u. A. haben in diesem Sinne gewirkt. Die Grossstädte haben eine viel grössere Zahl sofort hilfsbedürftiger Kranken als das flache Land. Ziemlich gleichmässig in allen Staaten und Provinzen (Rheinprovinz, Württemberg, Sachsen) beträgt die Zahl der Aufnahmen in die Landesanstalten 0,3—0,4 pro mille der Einwohner. Auf dem Lande tritt nirgends ein grösseres Bedürfniss hervor. In den Grossstädten — es kommt dabei weniger auf die Grösse als die soziale Gestaltung derselben an; Industriestädte mit dicht gedrängter Bevölkerung — steigt dieses Bedürfniss auf 1,5—2,0 pro mille. Wo eine auch nur provisorische Fürsorge für Geisteskranke eingerichtet ist, tritt diese Zahl hervor (so kommen z. B. in Nürnberg mit einer Irrenabtheilung im Anschluss an das allgemeine Krankenhaus auf 160 000 Einwohner 240 Aufnahmen, von denen 44 nach der Landesanstalt Erlangen überführt werden). Es ist also dieses übereinstimmend auftretende Bedürfniss der Grossstädte unge-

fähr 4 mal so gross als dasjenige des flachen Landes. Es fragt sich, woher kommt dieses Bedürfniss? Den Ueberschuss ($^3/_4$) setzen 4 Gruppen zusammen: 1. Trinker — Deliranten und chronische Alkoholisten hälftig —; 2. hysterische und epileptische Psychosen, Degenerirte, zum Theil handelt es sich um freiwillige Aufnahmen, zum Theil werden junge Leute von ihren Eltern gebracht; 3. organische Psychosen, wie senile, arteriosclerotische, nach Apoplexien entstehende, paralytische; 4. schliesslich diejenigen akuten Psychosen, welche die Stadt vielleicht mehr erzeugt als das Land, und welche wohl zum grossen Theil als auf Erschöpfung beruhend anzusehen sind. Dem grössten Theil dieser plötzlich hilfsbedürftig gewordenen wird nur ungenügend Hilfe, wo kein Stadtasyl ist. Dieselben werden aus dem Stadtasyl bald wieder entlassen; in Frankfurt a. M. waren von dem Zugang des vergangenen Jahres (511) 32 bis zum Ende der ersten Woche, weitere 100 bis zum Ende des 1. Monats und nochmals 120, also im Ganzen über die Hälfte, bis zum Ende des 3. Monats wieder entlassen. Nach 4—5 Monaten sind $^2/_3$ bei genügender Pflege entlassungsfähig. Am Schluss des Jahres waren aus dem I. Quartal noch 10, aus dem II. noch 20 Kranke in der Anstalt, dabei ist die Frankfurter Anstalt kein reines Stadtasyl (viele Pensionäre etc.). Es ist daher nicht zu befürchten, dass durch zu grossen Zugang Ueberfüllung der Stadtasyle entsteht; im Allgemeinen sollen die Patienten daselbst nicht länger als 3—4 Monate bleiben; bei voraussichtlich längerer Dauer der Psychose sollen die Kranken schon früher den Landesanstalten übergeben werden. Die Ueberführung auch heilbarer Kranken ist nicht schädlich; es kann die gegentheilige Ansicht bei der Gesetzmässigkeit des Ablaufs der Psychosen nur als Vorurtheil betrachtet werden. Das Stadtasyl soll der Stadt mindestens ebenso nahe liegen als die übrigen Krankenhäuser; in Anbetracht der Schwierigkeit des Transportes eignet sich nicht die Bahn, sondern am besten der Krankenwagen unter Aufsicht geschulten Personals zur Ueberbringung in die Anstalt. Schon kleine Asyle von 40—50 Kranken bieten die Möglichkeit der Einrichtung von 3 Abtheilungen für jedes Geschlecht und der Trennung in mehrere Pavillons. Für Städte bis 100000 Einwohner und wenig darüber genügt ein Asyl für etwa 40 Kranke als Adnex des Krankenhauses. Nur in einem Stadtasyl lässt sich einstweilen die freie Aufnahme der Kranken erreichen, wie in Frankfurt von allen amtlichen Erfordernissen abgesehen werden kann und die Aufnahme unter alleiniger Verantwortung des Direktors oder seines Stellvertreters erfolgt.

Herr **Dannemann**-Giessen besprach: „Die Einrichtung eines psychiatrischen Städteasyls mit Demonstration von Plänen."

Vortr. sieht in Uebereinstimmung mit dem Vorredner in der Einrichtung von Stadtasylen einen integrirenden Theil des Ausbaues der deutschen Irrenpflege. Der Betrieb eines Stadtasyles wird sich wahrscheinlich auch nicht theurer stellen als derjenige der sonstigen Anstalten. Es ist bisher kein einwandfreier Typus eines Stadtasyles vorhanden, derselbe ist erst auszubilden. Vortr. hat sich daher bemüht, für die bauliche Form eines Asyles eine Reihe von Plänen zu entwerfen. Er hat solche für Abtheilungen von 10 Kranken bis zu Anstalten mit über 100 Insassen ausgearbeitet. Auf die Einzelheiten näher einzugehen, ist hier nicht der Platz; es sei nur hervorgehoben, dass überall die horizontale Trennung der Abtheilungen für beide Geschlechter durchgeführt, auf Ueberwachungsräume genügend Rücksicht genommen ist (mindestens 50—60 Prozent der Kranken eines Stadtasyls sind als überwachungsbedürftig anzusehen) und maximale Ueberwachung durch möglichst geringes Pflegepersonal zu erreichen gesucht wird.

Diskussion (auch über den Vortrag Sioli's): Kreuser wünscht nicht nur für Stadtasyle, sondern auch für die Landesanstalten freie Aufnahmen, da auch hier dringende Fälle, wenn auch seltener, vorkommen und für ihre Unterbringung noch weniger gesorgt ist. Peretti-Grafenberg wünscht Berücksichtigung der verschieden grossen Aufnahmezahl von Männern und Frauen bei der Einrichtung der Stadtasyle. Sioli (Schlusswort) weist darauf hin, dass diese Verschiedenheit (in Frankfurt a. M. verhalten sich die Aufnahmen wie 5 : 3) sich dadurch wieder ausgleicht, dass die Frauen länger in der Anstalt bleiben; Alkoholisten werden entlassen, Paralytiker sterben. Mit Kreuser ist er völlig einverstanden, hält dieses Ziel jedoch vorerst für nicht erreichbar.

Herr Schüle-Illenau war verhindert, den angekündigten Vortrag: „Ueber Beschränkung der Heimathsberechtigung bei Geisteskranken" zu halten.

Reis-Heidelberg.

Neunundzwanzigster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Vom 18. bis 21. April 1900.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Czerny (Heidelberg) spricht über die Behandlung inoperabler Krebse. Unter Krebsen versteht er in seinem Vortrage alle bösartigen Geschwülste ohne Rücksicht auf ihre Aetiologie und inoperabel nennt er alle Geschwülste, deren völlige operative Entfernung (carcinomatöse Drüsen, Metastasen) unmöglich ist.

Die Exstirpation hält er auch bei inoperablen Tumoren noch für berechtigt, wenn es dadurch möglich ist, den Kranken auf Monate hinaus von Blutungen, Schmerzen und Jauchungen zu befreien. Auch lentikuläre Geschwülste soll man operiren, wenn man dadurch den Patienten wieder Vertrauen und Hoffnung geben kann.

Zu den Palliativmitteln bei der Krebsbehandlung gehört auch die Gastroenterostomie und Enteroanastomose und trotzdem sind beide Operationen von grösstem Nutzen. Bei Krebsen der Zunge und der Schilddrüse verhindern Unterbindungen der zuführenden Blutgefässe ein schnelles Wachsthum. Auch das Ferrum candens bringt oft Erleichterung, in seltenen Fällen sogar Heilung. Chlorzink als Paste bietet bei flachen Ulcerationen dasselbe. Bei Carcinomen der Cervix Uteri leistet Cauterisation mit dem Glüheisen und Tamponade zur Blutstillung mit darauffolgender Auswaschung der Höhle mit 5 Prozent Chlorzinklösung am meisten. In 95 Fällen hat er mit dieser Methode Jauchungen und Blutung für längere Zeit beseitigt. Es treten allerdings während der beiden ersten Stunden stärkere Schmerzen auf, dann aber klagen die Patientinnen nicht mehr. Wenn sich nach 6—8 Tagen der Schorf abgestossen hat, befinden sie sich sehr wohl.

Weniger kann er die Anwendung des Chlorzinks in Form von Stiften zur Behandlung des Oesophaguscarcinome empfehlen, da er in einem Falle dadurch sogar einen Exitus erlebte.

Es gelingt nach seiner Meinung in seltenen Fällen mit der 5prozentigen Chlorzinkgaze sogar Heilungen zu erzielen. Bei einem Gesichtscarcinom der Parotisgegend, welches 2 Mal mit Chlorzinkgaze behandelt wurde, will er nach 3 Jahren eine Heilung konstatirt haben; desgleichen bei einem Oberkiefercarcinom, bei dem nicht Alles wegzunehmen war, nachdem er die nach der Exstirpation gebliebenen Reste geätzt und eine Drüsenmetastase exstirpirt hatte.

Während Chlorzink seine hauptsächliche Anwendung bei

Tumoren findet, die nicht gänzlich zu exstirpiren sind, leistet Formalin in 10 bis 30 prozentigen Lösungen besonders bei jauchenden Tumoren vorzügliche Dienste.

Arsenikpasten haben das Unangenehme, dass sie Entzündungen machen, die sehr schmerzhaft sind; in alkoholischen Lösungen 1,0:150 ist dagegen Arsenik nur ein sehr oberflächliches Aetzmittel.

Aus den vielen Versuchen alle möglichen Mittel parenchymatös zu injiziren, hat sich keine Methode entwickelt, ebenso ist es mit den elektrolytischen Versuchen gegangen.

Unter dem Einflusse der Lehre von den Toxin- und Antitoxinwirkungen hat man durch Erysipelkulturen und deren Toxine bösartige Geschwülste zu heilen versucht. In den positiv verlaufenen Fällen hat es sich wohl in der Regel um Sarcome und nicht um Carcinome gehandelt.

Czerny hält es durch die Statistik für bewiesen, dass der Krebs zunimmt, während die Tuberkulose zurückgeht, und zwar ist die Krebszunahme in den grösseren Städten (9,1 Prozent der Sterblichkeit) eine schnellere, wie auf dem Lande (3,6 Prozent der Sterblichkeit). (cf. das Referat auf S. 198.) Cz. hält es für sicher, dass der Krebs von aussen an uns herankommt. Dieser Umstand drängt ihn noch mehr, die Forderung nach Krebshäusern aufzustellen, welche eine Verbreitung des Krebses verhüten sollen und nach seiner Meinung durch ein genaues Studium der Krebsaetiologie dereinst auch eine rationelle Unterlage zur Krebsbehandlung abgeben könnten.

v. Mangoldt (Dresden) hat durch Uebertragung von Rippenknorpel eine Kehlkopfstenose geheilt. Der betreffende Patient hat 20 Jahre vor der Operation im Anschluss an einen schweren Typhus, eine Stenose des Kehlkopfes bekommen und war dann 18 Jahre lang mit einer Schornsteinkanüle herumgelaufen. Während dieser Zeit hatte er sehr häufige Lungenaffektionen. v. M. nahm deshalb aus der siebenten rechten Rippe ein Stück Knorpel und implantirte es dicht neben dem Kehlkopf subcutan. Damit es nicht in den Kehlkopf eingezogen werden konnte, hatte er ihm eine keilförmige Form gegeben. Weil eine granulirende Fläche im Kehlkopf zu ihrer Heilung zu lange Zeit nothwendig hat, wurde nach der Implantation vier Wochen gewartet, bis das Stück vollständig überhäutet war. Erst dann wurde die Laryngofissur ausgeführt und dabei festgestellt, dass auch der Ringknorpel und die Trachea in ihren oberen Theilen verengt waren. Es wurde jetzt Knorpel mit Knorpel vernäht und dann mehrere Wochen täglich intubirt. Seit Weihnachten wurde nicht mehr intubirt. Der vorgestellte Junge vermag gut zu sprechen; man fühlt bei ihm den Knorpel im Kehlkopf fest eingekeilt. Beim Schlucken steigt er mit dem Kehlkopf auf und ab.

Es ist nöthig, den Knorpel dick zu nehmen, weil er sich sonst zu sehr nach der Seite des Perichondriums krümmt. Letztere Eigenthümlichkeit hat v. M. bei einem Jungen mit Sattelnase in Folge hereditärer Lues benutzt. Von einem kleinen Schnitt aus in der Glabella hat er die Haut unterminirt und den Knorpel von dort aus bis zur Nasenspitze vorgeschoben. Die Knorpelnase hatte z. Z. ihrer Demonstration für eine partielle Nasenplastik nur eine befriedigende Form, keine sehr gute; wegen ihres knorpeligen Gerüstes wird ihr aber keine lange Lebensdauer beschieden sein.

v. Stubenrauch (München) hat ausgedehnte Versuche über die Veränderung des wachsenden Knochens unter dem Einfluss des Phosphors angestellt und dabei gefunden, dass je schneller ein Thier wächst, um so frühzeitiger eine Phosphorzone, d. h. eine Verdichtung des Knochens an der Epiphysenlinie auftritt. Es eröffnet dieses Resultat einen interessanten Ausblick auf die Rhachitis und man kann annehmen, dass die Phosphorzufuhr einen heilenden Einfluss auf die Osteoporose ausüben muss.

Haeckel hat seiner Zeit die Angabe gemacht, dass jugendliche Arbeiter, die lange Jahre in Phosphorfabriken gearbeitet haben, im Röntgenbilde einen dichten Schatten an der Epiphysengrenze von Radius und Tibia besitzen. v. S. hat die Knochen einiger Leute aus Phosphorfabriken daraufhin untersucht und in den vorgezeigten Bildern thatsächlich derartige Veränderungen gefunden.

(Schluss folgt.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Unzulässige Anordnung zum Krankenhaus-Abonnement.

Rev.-Entsch. vom 2. April 1900.

Die Polizeiverwaltung zu Köln hatte den Mädchen der Halbwelt aufgegeben, mit einem städtischen Krankenhause in Köln ein Abonnement abzuschliessen, damit sie dort im Falle der Erkrankung Aufnahme und Behandlung finden sollten. Verschiedene Mädchen hatten aber kein Abonnement abgeschlossen und wurden daher auf Grund des § 361 (6) des Strafgesetzbuchs angeklagt. Das Schöffengericht sprach jedoch die Mädchen frei und die Strafkammer verwarf die gegen diese Entscheidung von der Staatsanwaltschaft eingelegte Berufung. Diese Entscheidung focht die Staatsanwaltschaft durch Revision beim Kammergericht an, welches jedoch die Revision als unbegründet abwies und ausführte, dem Richter steht die Prüfung der Frage zu, ob solche Vorschrift zur Sicherung der Gesundheit erlassen sei. Der Gerichtshof nehme an, dass die fragliche Vorschrift nicht zur Sicherung der Gesundheit erlassen sei. Der Polizeipräsident habe offenbar die finanziellen Interessen von Köln wahrnehmen wollen, denn wenn jene Mädchen auch nicht abonniren, müssen sie im Nothfalle auch in ein Krankenhaus aufgenommen werden und zwar erfolge die Aufnahme auf Kosten der Stadt. Es handle sich mithin darum, die Tragung der Kurkosten der Stadt zu ersparen; da dies kein polizeilicher Gesichtspunkt sei, so müsse die polizeiliche Anordnung als nicht rechtsgiltig angesehen werden.

M.

Ein Verbot, Knochen und Fett auszukochen.

Entsch. vom 16. Dezember 1899.

Abdeckereibesitzer L. zu J. betreibt dort die Abdeckerei und kocht dabei in einem Kessel, dessen Dunstrohr in's Freie führt, Fett und Knochen von Thieren aus. In Folge von Beschwerden erliess die Polizei am 3. Januar 1898 eine Verfügung, durch welche dem L. das Auskochen von Fett und Knochen verboten wurde. Nachdem der Bezirksausschuss die Klage L.'s abgewiesen hatte, legte Letzterer Revision beim Oberverwaltungsgericht ein, welche aber abgewiesen wurde, indem u. A. Folgendes ausgeführt wurde: die angefochtene Verfügung ist erlassen worden, weil sich beim Auskochen des Fettes und der Knochen auf dem Grundstück des L. Gerüche verbreiteten, durch die die Gesundheit der Bewohner der umliegenden Häuser gefährdet und die Leichtigkeit des Verkehrs auf der bei dem Abdeckereigrundstücke befindlichen öffentlichen Strasse beeinträchtigt wird. Die Verfügung der Polizei ist dahin zu verstehen, dass dem Kläger nur ein solches Auskochen verboten worden ist, das die Gesundheit von Menschen gefährdet und den öffentlichen Verkehr beeinträchtigt. Ist der Kläger im Stande, Einrichtungen zu treffen, die polizeiwidrigen Wirkungen des Auskochens zu beseitigen, so kann er die Zurücknahme der Verfügung betreiben. Will oder kann

er das Auskochen nicht in anderer Weise als bisher vornehmen, so muss er es unterlassen, wenn das Verbot sonst gerechtfertigt ist. Dies aber ist der Fall, denn ein Privilegium vermag ihn vor dem polizeilichen Einschreiten nicht zu schützen. Die Berechtigung der Polizeibehörden gegen Abdecker aus gesundheitspolizeilichen Gründen vorzugehen, hat Anerkennung gefunden im Cirkularreskripte der Minister des Handels und der Polizei vom 4. März 1819 und in der Verfügung der Minister für Handel und der geistlichen Angelegenheiten vom 13. Juni 1855, die durch Zweifel in Folge der Bestimmung der No. 5 des Publicandums vom 29. April 1772 veranlasst worden ist. Es mag mit dem Vertreter des Klägers, der sich auf die Rechtsprechung des Reichsgerichts und des Kammergerichts gestützt hat, in den vorgelegten Urkunden, z. B. der vom 27. Oktober 1670, ein noch für den Kläger geltendes Privilegium zu finden und ferner anzunehmen sein, dass das jetzige Abdeckereigrundstück das beliehene Grundstück ist. Immer hat man es doch blos mit einem ganz allgemein gehaltenen Privilegium zu thun, in welchem insbesondere die Betriebsart, auf die es hier lediglich ankommt, gar nicht geregelt, dem Kläger also in keiner Weise ein Recht darauf verliehen worden ist, so primitiv und ohne Rücksicht auf die Gesundheit Anderer und auf den öffentlichen Verkehr weiter Knochen und Fett auszukochen. Der Kläger kann sich auch nicht auf § 51 der Reichsgewerbeordnung berufen, selbst wenn das Auskochen stets in der gleichen Weise stattgefunden haben sollte. Es fragt sich, ob dem Kläger durch die Anordnung der Polizei der Gewerbebetrieb ganz unmöglich gemacht wird; der Vorderrichter hat dies mit Recht verneint. Möge auch ein Theil des Betriebes nicht mehr möglich sein, an der Fortsetzung seines sonstigen Gewerbebetriebes bleibt Kläger unbehindert. Die Polizeiverordnung des Regierungspräsidenten zu Potsdam vom $\frac{\text{15. November 1893}}{\text{4. September 1895}}$ enthält nichts, womit sich das Verlangen der Polizei in Widerspruch setzte; diese Verordnung besagt nicht, dass der Abdecker Sehnen, Fleisch und Knochen in beliebiger Weise und unter Gefährdung der Gesundheit von Menschen auskochen dürfe. M.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Weigerung, sich einer Operation zu unterziehen.
Rek. Entsch. vom 21. September 1899.

Das Schiedsgericht erkannte zwar auf Grund des Gutachtens des Dr. B. an, dass L. K. invalide ist, hielt aber den Rentenanspruch für unbegründet, da K. sich weigerte, sich dem von der Versicherungsanstalt angebotenen Heilverfahren zu unterwerfen. Das Reichs-Versicherungsamt sprach jedoch dem K. die Rente zu und machte u. A. Folgendes geltend: Die von dem Arzte empfohlenen Massnahmen zur Beseitigung des umfangreichen Wasserbruchs bestehen darin, dass eine feine Hohlnadel durch die Haut gestossen, die Flüssigkeit durch die Nadel entleert und Jodtinktur eingespritzt wird. Dass das Durchstossen der Hohlnadel eine wenn auch ungefährliche und nicht sehr schmerzhafte Operation darstellt, wird von Dr. B. anerkannt. Zur Duldung einer Operation sind die Versicherten nicht verpflichtet. Als solche ist allerdings nicht jede für den Versicherten unbequeme oder schmerzhafte Massnahme, wie etwa eine Magenausspülung zum Zweck der ärztlichen Untersuchung anzusehen, wohl aber jeder nicht ganz geringfügige und völlig ungefährliche Eingriff in den Bestand oder die Unversehrheit des Klägers. Ob die Duldung eines solchen Eingriffs von dem Versicherten verlangt werden kann, wird nicht nur von der Art dieses Eingriffs sondern auch von den sonstigen Umständen des Falles abhängen. Diese Prüfung musste hier zu einem für den Kläger günstigen Ergebniss führen. Dass das Durchstossen der Hohlnadel nicht unerhebliche Schmerzen verursacht, darf ohne Weiteres angenommen werden, wenn dem auch kein entscheidendes Gewicht beigelegt werden soll; jedenfalls steht der Umstand, dass diese Massnahme stets ohne Betäubungsmittel ausgeführt wird, einer solchen Annahme nicht entgegen. Erwägt man ferner insbesondere, dass das Heilverfahren 14 Tage in Anspruch nimmt, ein Zeitraum, in dessen Verlauf andere nicht vorauszusehende Krankheitsentwickelungen den Erfolg verzögern oder gänzlich vereiteln können; dass das Heilverfahren auch selbstständige, neue Krankheitsgebilde erzeugen kann, die eine eigene Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen; dass endlich der Kläger bei seinem Alter von 59 Jahren und dem langwierigen Leiden in seiner Widerstandskraft gegen Schmerzen und gegebenenfalls gegen neue Krankheitszustände immerhin schon geschwächt ist, so kann eine rechtliche Verpflichtung des Klägers, sich dem angebotenen Heilverfahren zu unterziehen, nicht anerkannt werden. Die entgegengesetzte Annahme des Schiedsgerichts ist hiernach rechtsirrthümlich, und das angefochtene Urtheil unterliegt der Aufhebung. In der Sache selbst konnte dem Kläger bei dem Vorliegen aller gesetzlichen Erfordernisse die Rente alsbald bewilligt werden. M.

Simulation (Schmerzen in der Brust nach Rippenbruch).
Rekurs-Entscheidung vom 1. Dezember 1899.

Der Stallmann G. M.-B. ist mit seinem Antrage auf Gewährung einer Unfallrente durch Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 31. August 1898 abgewiesen worden, weil der Unfall vom 25. April 1898, bei welchem p. M. angeblich einen Hufschlag gegen die rechte Brustseite erlitten hat, nach den stattgehabten ärztlichen Untersuchungen erwerbsbeschränkende Folgen nicht hinterlassen habe. Gegen diese Entscheidung legte M. Berufung ein, die aber vom Schiedsgericht abgewiesen wurde, indem u. A. Folgendes ausgeführt wurde: Bereits nach dem Gutachten des Kassenarztes Dr. B. vom 19. Juli 1898, der den Kläger fünf Wochen hindurch behandelt hat, weisen die inneren Brustorgane desselben Krankhaftes nicht auf und handelt es sich anscheinend nur um eine durch die Verletzung entstandene Knochenhautentzündung. Dieses Gutachten wird bestätigt durch dasjenige des Dr. M., Stabsarzt an der Charité zu B., vom 5. August 1898, in welcher Anstalt der Kläger während der Zeit vom 31. Mai bis zum 11. Juni behandelt wurde. Auch nach diesem Gutachten zeigten die Lungen, das Herz und die anderen inneren Organe keinerlei abnorme Verhältnisse und ebensowenig war von Folgen eines etwaigen Rippenbruchs etwas zu fühlen. Ferner ist es auch dem Dr. W. am 22. August 1898 nicht gelungen, bei dem Kläger irgend einen, auf den Unfall bezüglichen Schaden festzustellen. Wenn nun auch der im schiedsgerichtlichen Verfahren um ein Obergutachten angegangene Dr. K unter dem 24. Dezember 1898 sich dahin geäussert hat, dass Rückstände des Unfalls nicht vorhanden seien, der Kläger vielmehr nur an Altersbeschwerden leide, so konnte der Gerichtshof auf Grund dieses übereinstimmenden Befundes aller ärztlichen Sachverständigen ebenfalls nur die Ueberzeugung gewinnen, dass Unfallsfolgen bei dem Kläger nicht mehr vorliegen. Diese Entscheidung focht M. durch Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt an, während Geschäftsführer Z. die Zurückweisung des Rekurses beantragte. Vom Rekursgericht wurde noch ein Gutachten des Professor Dr. K. eingefordert. Dieser machte u. A. geltend, eine Betastung der verletzten Stelle rufe keine Schmerzen hervor. Dagegen wurde von M. über Schmerzen bei jeder tieferen Athmung geklagt und dieselbe deshalb willkürlich oberflächlich und frequenter ausgeübt — etwa 40—60 mal in der Minute. Den Lungen

wohne auch im Bereich der Verletzung eine durchaus normale respiratorische Beweglichkeit inne. Bei Ablenkung der Aufmerksamkeit komme man sofort zur Ueberzeugung, dass M. die Athemfrequenz unwillkürlich verlangsame. Auch andere Kunstgriffe lieferten so unzweideutige Resultate, dass im Krankenhause bei M., wenn er sich unbeobachtet glaubte, 20—24 Respirationen notirt wurden, die, wenn man sich mit ihm beschäftigt, sofort zu einer Höhe von 40—60 hinaufschnellten. Der fragliche Unfall habe keinerlei nachweisbare Folgen hinterlassen, die als Basis für die Klagen des p. Müller angesehen werden könnten, letzterer sei vielmehr als Simulant zu betrachten. Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Direktors P. wies darauf den Rekurs des Klägers zurück und machte u. A. geltend: Alle Zweifel, die im Hinblick auf die Gutachten des Dr. B. in B. vom 19. Juli 1898, des Stabsarztes Dr. M. daselbst vom 5. August 1898, des Dr. W. ebendort vom 22. August 1898 und des Dr. K. ebenda vom 24. Dezember 1898 noch darüber bestehen konnten, ob der Unfall vom 25. April 1898 einen ungünstigen Einfluss auf die Erwerbsthätigkeit des Klägers ausübt, müssen durch das nach achttägiger Beobachtung des Klägers erstattete Gutachten des Professors Dr. K. in B. vom 4. August 1899 als beseitigt gelten. Danach hat der Unfall keinerlei nachweisbare Folgen hinterlassen, welche die Klagen des Verletzten über stechende Schmerzen in der rechten Brustseite gerechtfertigt erscheinen lassen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Springfeld, Die Rechte und Pflichten der Gift- und Farbenhändler für Drogisten, Fabrikanten, Medizinal- und Verwaltungsbeamte. Bd. VI die Handhabung der Gesundheitsgesetze in Preussen u. s. w. Herausgegeben von Springfeld und Siber. Berlin 1900. Verlag von Richard Schoetz.

Der vorliegende sechste Band der vom Verf. in Gemeinschaft mit Regierungsrath Siber herausgegebenen Sammlung „Die Handhabung der Gesundheitsgesetze in Preussen für Behörden, Medizinalbeamte, Aerzte und Gewerbetreibende, in einzelnen Abhandlungen erläutert“, entspricht in seiner Anlage im Wesentlichen dem vorangegangenen Band V „Die Rechte und Pflichten der Drogisten und der Geheimmittelhändler“, auf den der vorliegende Band, unbeschadet seines selbstständigen Charakters, in manchen Punkten Bezug nimmt.

Der Inhalt gliedert sich in vier Kapitel, von denen das erste die Zulassung zum Gewerbebetriebe — Ertheilung der Konzession und Aufhören der Konzession —, das zweite die Ausübung des Gewerbebetriebes — Anmeldung, Ankündigung, allgemeine gewerbepolizeiliche Vorschriften, Betriebsordnung, — das dritte die Straf- und Zwangsbefugnisse und das vierte die Beaufsichtigung des Gifthandels erörtert. Diesem letzten Kapitel sind die Revisionsanweisungen der einzelnen preussischen Regierungen beigefügt.

Neben den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Ministerial-Erlassen sowie den dazu ergangenen richterlichen Entscheidungen erhalten wir hier wie in den vorangegangenen früheren Abhandlungen des verdienten Verf. eine entwickelungsgeschichtliche Darstellung des vorliegenden Themas sowie an der Hand der reichen Erfahrungen des Verf. eine kritische Beleuchtung des gegenwärtigen Zustandes.

So ist ein Werk entstanden, das über alle einschlägigen Fragen auf diesem Gebiet sichern Aufschluss giebt und allen Betheiligten als zuverlässiger Rathgeber aufs Wärmste empfohlen werden kann. Roth (Potsdam).

Adler, Dr. Arthur. Die Symptomatologie der Kleinhirn-Erkrankungen. Wiesbaden. S. F. Bergmann 1899. 70 Seiten.

Uebersichtlich zusammengestellt, enthält diese Monographie Alles, was je an Kleinhirn-Erkrankungen in der ärztlichen Literatur beschrieben ist. Hauptsächlich für den Spezialforscher werthvoll, wird es gelegentlich auch einmal dem Praktiker bei der Beurtheilung eines Einzelfalles von Nutzen sein.

Leser, Dr. Edmund, Prof. a. d. Univ. Halle. Operations-Vademecum für den praktischen Arzt. Mit 144 Abbildungen. Berlin. S. Karger. 1900. 190 S.

Wie Leser im Vorwort erklärt, wollte er ein Buch ausschliesslich für die praktischen Aerzte, namentlich die auf dem Lande und in den kleinen Städten ansässigen, schaffen, nach dem sie sich vor chirurgischen Eingriffen rasch über das Wesentliche unterrichten können. So umfasst das kleine Buch die halbe spezielle chirurgische Therapie in Nuce.

Die Darstellung ist klar und leicht verständlich. Wo Verf. auf umstrittene Gebiete eingeht, kann er natürlich nicht jeden gleichmässig befriedigen. Z. B. wird seiner weitgehenden Empfehlung der Schleich'schen Cocain-Infiltration gegenüber der allgemeinen Betäubung entgegen gehalten werden können, dass jene Methode bei grösseren Eingriffen eine ganz bedeutende Schulung erfordert, die der Praktiker sich nicht immer zu erwerben Gelegenheit hat.

Auffallend ist es, dass die Abbildungen zum weitaus grössten Theil, ja mit geringen Ausnahmen fast alle, aus anderen Werken entnommen sind. Das Niveau des Buches wird dadurch in gewisser Richtung herabgedrückt.

Matthaei, Oberstabsarzt Dr. in Danzig. Die Schädlichkeit mässigen Alkoholgenusses. Tages- und Lebensfragen No. 25. Leipzig. Chr. G. Tienken 1900. 31 S. 0,50 M.

Drei Arten von Menschen giebt es; die eine ist gesund und vernünftig — das sind die völlig Alkoholfreien, die Enthaltsamen im engeren Sinne des Wortes —, die anderen beiden sind unvernünftig und krank — das sind erstens die Trunksüchtigen, die starken Trinker, und zweitens die „Süchtigen“, die mässigen Trinker. Das ist die Quintessenz des Schriftchens, das vor uns liegt. Wörtlich heisst es da:

„Es giebt keinen anderen Gebrauch geistiger Getränke als den Missbrauch. Die „Sucht“ ist eine Art Krankheit wie die Morphiumsucht“ ... Zu den Erscheinungen auf geistigem Gebiete, die die Sucht kennzeichnen, gehört folgendes Raisonnement: „Man dürfe nicht in das Extrem verfallen, Alkoholenthaltung sei ganz gut, aber zuweilen sei er in mässigen Mengen erlaubt. Diese Mässigen, Süchtigen sind die schlimmsten, denn sie hindern jeden Fortschritt, hindern die armen Kranken an ihrer Genesung. Das Krankhafte des Mässigseinwollens erkennt man sofort, sobald man dem Mässigen die Kraft und die Einsicht abstreitet, überhaupt mal ein Jahr mit seiner Familie enthaltsam zu sein. Dieser Versuch, der zugleich der Weg zur Genesung ist, ist ihm unmöglich“.

Es ist ein Jammer, wie mit solchem einseitigen Schematisiren, mit solchen Schroffheiten eines selbstgerechten Uebereifers die nothwendige und tief berechtigte Bewegung gegen den Missbrauch geistiger Getränke der Masse der Gebildeten, die ihre Träger sein könnten, verleidet wird.

I. B. Ughetti. Zwischen Aerzten und Klienten. Erinnerungen eines alten Arztes. Deutsch von Dr. Giovanni Galli. 2. Aufl. Wilhelm Braumüller, Wien 1900. 162 S. 3 M.

Zum zweiten Male erscheint, diesmal vom Uebersetzer dem fürstlichen Kollegen Herzog Karl Theodor in Bayern gewidmet,

das liebenswürdige und weise Büchlein, dem wir schon bei seiner ersten Auflage freundliche Wünsche auf den Weg gaben. Möge es einen weiteren Leserkreis erfreuen!

Tagesgeschichte.

Obliegenheiten der Schulärzte in Berlin.

Die Stadt Berlin hat vorläufig zehn Schulärzte für insgesammt 20 Schulen angestellt, denen folgende Pflichten zufallen:

1. die Prüfung der für den ersten Eintritt in die Schule angemeldeten Kinder auf ihre Schulfähigkeit; die Eltern bezw. Erziehungsverpflichteten haben das Recht, der Untersuchung beizuwohnen;

2. die Prüfung der für den Nebenunterricht vorgeschlagenen Kinder auf körperliche und physische Mängel, insbesondere auch auf die etwaigen Fehler an den Sinnesorganen, erforderlichen Falles unter Mitwirkung von Spezialärzten;

3. auf Ersuchen der Schulkommission bezw. des Rektors die Prüfung eines angeblich durch Krankheit am Schulbesuch verhinderten Kindes;

4. die Abgabe eines schriftlichen, von den zuständigen Organen der Schulverwaltung erforderten Gutachtens;

a) über vermuthete oder beobachtete Fälle ansteckender Krankheiten oder körperlicher Behinderungen von Schulkindern,

b) über vermuthete oder beobachtete, die Gesundheit der Lehrer oder Schüler benachtheiligende Einrichtungen des Schulhauses und seiner Geräthe.

5. der Schularzt ist verpflichtet, das Schulhaus einschliesslich der Schulklassen während oder ausserhalb des Unterrichts nach vorheriger Anmeldung bei dem Rektor in angemessenen Zeiträumen zu besichtigen und die von ihm beobachteten hygienischen Mängel dem Rektor mitzutheilen.

6. Die in amtlicher Eigenschaft gemachten Beobachtungen darf er nur nach Genehmigung der Schuldeputation veröffentlichen.

7. Die Schulärzte werden periodisch zu Berathungen berufen, welche von einem dazu vom Vorsitzenden der Schuldeputation bestimmten Mitgliede der Schuldeputation geleitet werden.

8. Der Schularzt soll in der Nähe der Schule wohnen. Er erhält für jede Schule ein Honorar von jährlich 500 M.

Bei dieser Dienstordnung sind bemerkenswerthe Abweichungen von dem Wiesbadener Schema zu verzeichnen. Es fallen nämlich die 14tägigen regelmässigen Besuche des Arztes in der Schule und die schulhygienischen Vorträge im Kreise der Lehrer fort. Bezüglich des letzteren Punktes erinnern wir an die von Kirchner in No. 1 dieses Jahrgangs geäusserten Bedenken gegen jene Vorträge. Minder erfreulich ist die erstgenannte Abweichung. Die Möglichkeit, unabhängig von „Vermuthungen oder Beobachtungen" der Lehrer (§ 4a) im Laufe der Schulzeit entstehende körperliche Mängel und Krankheiten der Schulkinder rechtzeitig festzustellen, ist damit dem Schularzt genommen — eine wesentliche Einschränkung seiner hygienischen Bedeutung. Die ihm zugewiesene Untersuchung der für den Nebenunterricht vorgeschlagenen Kinder auf körperliche Mängel kann jene Lücke nicht ausfüllen. Leidlich befriedigend ist der Honorarsatz.

Der Kreisarzt und der Doktortitel.

Durch das Kreisarztgesetz ist die Zulassung von Aerzten, welche auf nichtpreussischen Universitäten die Doktorwürde erworben haben, in das Belieben des Kultusministers gestellt. Derselbe hat jetzt von seinem Verfügungsrecht in überraschender, aber durchaus zu billigender Weise Gebrauch gemacht, indem er bestimmt hat, dass die bei einer nichtpreussischen Universität im Deutschen Reiche erworbene Doktorwürde der von preussischen Universitäten verliehenen gleichzuachten ist.

Gerichtliche Entscheidung von prinzipieller Wichtigkeit gegen das Kurpfuscherthum.

Ein Musterzeichner in Zittau annoncirte, weniger in deutschen, hauptsächlich in böhmischen Zeitungen, er heile alle Krankheiten, welche überhaupt heilbar seien, schnell und sicher auf homöopathischem Wege, — und in einer anderen Annonce: er heile in gleicher Weise auch alle diskreten Damenleiden, wie Menstruationsstörungen, Weissfluss, selbst Brustknoten, mit sicherem Erfolge durch Homöopathie. Die Zittauer Aerzte ersuchten die Staatsanwaltschaft um Strafverfolgung auf Grund von § 4 des Reichsgesetzes vom 25. Mai 1896, unlauteren Wettbewerb betreffend. Die Staatsanwaltschaft entsprach bereitwilligst den Intentionen der Aerzte, aber die Strafkammer des Landgerichts Bautzen lehnte die Eröffnung des Hauptverfahrens gegen etc. St. ab. Hiergegen wurde Beschwerde erhoben bei der Staatsanwaltschaft des Oberlandesgerichts Dresden; dieselbe erbat noch weiteres Material; nachdem dieses besorgt worden war, wurde schliesslich das Hauptverfahren gegen den Medicaster eröffnet. Am 30. März 1900 war die Verhandlung vor der Strafkammer I des Landgerichts Bautzen, woselbst der Angeklagte verurtheilt wurde: wegen Zuwiderhandels gegen § 4 des Reichsgesetzes vom 25. Mai 1896, den unlauteren Wettbewerb betreffend, zu 400 Mark Geldstrafe, ev. 40 Tage Gefängniss, und zur Tragung der Kosten, sowie zur Veröffentlichung des Urtheiles auf des Angeklagten Kosten, vier Wochen nach erlangter Rechtskraft.

(Intern. pharm. Gen.-Anz.)

Ueber Erkrankungen in Folge Genusses verdorbener, nachgemachter oder verfälschter Nahrungs- und Genussmittel werden auf Veranlassung des Reichskanzlers jetzt Erhebungen angestellt. Die Medizinalbehörden sind angewiesen, alle derartigen Erkrankungen, namentlich soweit sie auf den Genuss von Fleisch, Wurst, Conserven, Fischen, Austern, Muscheln und Getränken zurückzuführen sind, dem Reichsgesundheitsamt mitzutheilen. Gleichzeitig sind auf demselben Wege Feststellungen über das Vorkommen gewisser ansteckender Krankheiten in Gegenden, in denen sie sonst nicht vorkommen (besonders Pocken, Rückfallfieber, Typhus, Ruhr, Genickstarre) angeordnet.

Die Untersuchung der Wehrpflichtigen.

Die zur Täuschung der Sanitätsoffiziere verwendeten Mittel, welche durch den Militärbefreiungsprozess in Elberfeld bekannt geworden sind, sollen künftig bei den Untersuchungen sorgfältig berücksichtigt werden. Die vorgesetzten Behörden werden Anweisungen erlassen, wodurch die rasche Erkennung etwaiger Täuschungen ermöglicht und das sofortige Ergreifen geeigneter Massregeln bestimmt werden wird.

Eine Malaria-Konferenz

wird vom 25. bis 28. Juli in Liverpool unter Listers Vorsitz tagen. Nach der „Münch. Med. Woch." wird sowohl über die zoologische Stellung der Erreger, als über die Verhütung und die gesammten klinischen Beziehungen des Wechselfiebers verhandelt werden.

Eine neue Lungenheilstätte

ist durch den Vaterländischen Frauenverein zu Kassel begründet und im April in Oberkaufungen bei Kassel eröffnet worden. 76 Männer und 24 Frauen können darin Platz finden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. **№ 11.** **Ausgegeben am 1. Juni.**

Inhalt:

Die Pflegschaft des Bürgerlichen Gesetzbuches in der Praxis.

Von
San.-Rath Dr. **Leppmann**-Berlin.
Kgl. Bez.-Physikus etc.

Das Bürgerliche Gesetzbuch hat schon vor seinem Inkrafttreten eine wahre Hochfluth von literarischen Erzeugnissen in Form von allgemeinen Kommentaren und erklärenden und kritisirenden Auslegungen einzelner Gebiete hervorgebracht und neben den Juristen sind auch die Mediziner (Aschaffenburg, Brasch, Bratz, Cramer, Erlenmeyer, Köster, Krafft-Ebing, Mendel, Moeli, Puppe, Schultze) nicht müssig gewesen, über das für die ärztliche Sachverständigenthätigkeit Wichtige zu berichten.

Während wir vieles, was uns das neue Recht bringt, als einen Fortschritt begrüssen konnten, sahen wir der neugeschaffenen Pflegschaft über Geistesgebrechliche mit einigem Bangen entgegen. Sie konnte uns, wenn sie wirklich auf den engen Kreis derjenigen Geistesgestörten, die durch jenen Wortbegriff im engsten Sinne gekennzeichnet sind, beschränkt wurde, gerade mit Rücksicht auf die ärztliche Fürsorge für Gemüths- und Geisteskranke grossen Nachtheil bringen.

Jetzt wo die Zeit der praktischen Ausprobung begonnen hat, interessirt es gewiss zu hören: Wie hilft sich der Richter mit den Bestimmungen durch, und in welcher Weise kann und soll ihm dabei der Arzt als Sachverständiger sekundiren?

Die Pflegschaft beruht, wie wir uns zunächst in Erinnerung rufen wollen, auf folgende Gesetzesbestimmungen:

B. G. B. § 1910 Abs. 2: „Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, in Folge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

§ 1918, 3: die Pflegschaft für Besorgung einer einzelnen Angelegenheit endet nach deren Erledigung.

§ 1920. Eine nach § 1910 angeordnete Pflegschaft ist von dem Vormundschaftsgerichte aufzuheben, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung beantragt."

In wie weit wurde dadurch eine neue Rechtslage geschaffen?

Vor Einführung des bürgerlichen Gesetzbuches hatten wir in Preussen (§ 90 der Vormundschaftsordnung) eine bequeme Art, für einen durch geistige Erkrankung in seiner Handlungsfähigkeit Beschränkten rasch, ohne jedes umständliche Ver-

fahren einen gesetzlichen Vertreter durch das Vormundschaftsgericht einsetzen zu lassen. Das war die Form der „Verbeistandung", die wir früher Pflegschaft nannten, zu deren Einsetzung nur der Nachweis der Handlungsunfähigkeit nöthig war. Auch diese wurde nur für einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten eingesetzt, und diese waren fast stets vermögensrechtlicher Natur.

Eine solche rasch geschaffene Fürsorge war namentlich eine Wohlthat für den akut Erkrankten bezw. im Beginn einer geistigen Erkrankung, wo es galt das Gehirn des Erkrankten von jedem Reiz, von jeder Aufregung fern zu halten.

Rein in dem Bestreben, dem durch geistige Erkrankung in seiner Handlungsfähigkeit Geminderten keine Rechte, ohne ein förmliches Verfahren, in welchem derselbe sich gegen den Eingriff in seine Rechtssphäre wehren kann, zu entziehen, drohte die Pflegschaft wie wir sie jetzt haben, die Vortheile einer solchen raschen Fürsorge für einen geistig Erkrankten, wie sie die bisherige Pflegschaft hatte, zu zerstören.

Dies geht nicht so aus dem Wortlaut der Bestimmungen, als aus den in den gesetzgebenden Körperschaften erörterten Motiven hervor.

Danach sollte die Pflegschaft nur für die Fälle gelten, wo durch eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit nicht die gesammte Geschäftsfähigkeit beeinträchtigt wird, sondern nur ein „bestimmter Kreis" von Angelegenheiten nicht besorgt werden kann. Der Begriff des „geistigen Gebrechens" sollte also, um volksthümlich zu sprechen, nur auf leichte Geistesstörungen anwendbar sein und deshalb bedingt auch das Gesetz in der Regel eine Einwilligung des Gebrechlichen.

Von einer solchen Einwilligung soll aber dann abgesehen werden, wenn „eine Verständigung mit dem Gebrechlichen nicht möglich" ist.

Dieser Zusatz deutet trotz aller vielleicht aus den Motiven hervorgehenden Bedenken darauf hin, dass eine Pflegschaft auch über einen im volksthümlichen Sinne schwerer Geisteskranken einzuleiten möglich ist, wenn dessen Geist völlig verwirrt ist, so dass ein Verhandeln mit ihm überhaupt ausgeschlossen ist. Der Richter greift dann eben, trotzdem eine solche Person in ihrer gesammten Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, nur einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten heraus, zu deren Erledigung er dem Kranken einen gesetzlichen Vertreter giebt.

Durch diesen Zusatz wird aber folgerichtig dem Richter die Möglichkeit geboten, auch bei denjenigen Kranken Pfleger für bestimmte Angelegenheiten einzusetzen, die zwar nicht durch Verstumpfung oder Verwirrung oder dauernder Tobsucht und Aehnliches völlig verkehrs- und verständigungsunfähig sind, nein, bei denen eine Verständigung nach ärztlichem Ermessen desshalb ausgeschlossen ist, weil die Besprechung der eigenen Angelegenheiten, das Zureden wichtige Rechte auf Andere zu übertragen, von unabsehbarem Schaden für den Zustand des Kranken werden kann, d. h. bei den meisten akut Erkrankten bezw. häufig auch im Beginn einer schleichend sich entwickelnden Seelenstörung.*)

Gerade diesen Punkt glaubte Verfasser in den Diskussionen ärztlicher Vereinigungen über das kommende Gesetz besonders hervorheben zu müssen, weil nur dadurch die Pflegschaft für die Fälle, wo wir sie am meisten brauchen, also für die frisch Erkrankten gerettet werden konnte.

Damals trat mir Cramer (Göttingen) in einer der bezeichneten Versammlungen auf Grund seiner Kenntniss der juridischen Literatur entgegen und, wenn ich nicht irre, konnte er keinen geringeren als Planck, den Referenten der Kommission für das Bürgerliche Gesetzbuch, als Gewährsmann anführen. Auch Krafft-Ebing vertritt in seinem lesenswerthen Schriftchen: „Die zweifelhaften Geisteszustände vor dem Civilrichter des Deutschen Reiches nach Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches" den gleichen Standpunkt.

Glücklicher Weise hat sich die Praxis sofort zu einer weiteren Auffassung des Begriffs der Geistesgebrechlichkeit und der Gründe für die Nichtverständigung bekannt. Dies lehrt mich hier in Berlin die eigene Erfahrung und die Nachfrage an authentischer Stelle, und auch Cramer bekennt sich nach neuerlichen Besprechungen mit hervorragenden Juristen zu ihr.*)

Auch im preussischen Kultusministerium scheint die weitgehendste Auffassung die geltende zu sein, denn ein Erlass vom 5. März 1900 weist die Vorsteher von Privatanstalten an, den Staatsanwaltschaften selbstständig von dem Vorhandensein von Umständen Mittheilung zu machen, welche ev. eine Pflegschaft über ihre Insassen bedingen.

Danach ähnelt das Verfahren bei Einleitung der Pflegschaft dem früheren sehr.

Dem Vormundschaftsrichter bleibt es völlig selbst überlassen, wie er sich die Ueberzeugung von der geistigen Unzulänglichkeit des unter Pflegschaft zu Stellenden verschafft. Er kann Gelegenheit nehmen, die betreffende Person selbst zu beobachten, er kann Zeugen vernehmen, sich auf Anzeigen von Irrenanstaltsdirektionen über die wegen Geistesstörung erfolgte Aufnahme des in Betracht Kommenden stützen und schliesslich kann er, wie es wohl die Regel bleiben wird, die Mitwirkung eines ärztlichen Sachverständigen fordern.

Er ordnet dann an, dass diejenigen, von denen der Antrag auf Einleitung der Pflegschaft ausgeht, also in erster Reihe wohl die nächsten Angehörigen des Erkrankten, ein ärztliches resp. Physikatsattest beizubringen haben. Ausserdem kann aber der Geistesgebrechliche selbst den Antrag stellen und dann ebenfalls aufgefordert werden die ärztlichen Unterlagen dafür zu besorgen.

Die Form eines solchen Attestes unterliegt wohl in Preussen den Bestimmungen, welche im Allgemeinen für die Atteste von Medizinalbeamten vorgeschrieben sind. Es wird also dasselbe die Angaben des Untersuchten, oder der Angehörigen des Kranken oder der sonst in dessen Umgebung weilenden Personen, sodann die thatsächlichen Wahrnehmungen des Begutachtenden enthalten. Die Schlussfolgerung wird mit Rücksicht auf den oben angeführten Gesetzesparagraphen immer in zwei Abschnitte zerfallen müssen, nämlich:

a) Demnach erachte ich, dass der pp. in Folge von geistigen Gebrechen einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, namentlich seine Vermögens angelegenheiten, nicht zu besorgen vermag.
b) Ich halte eine Verständigung mit ihm für möglich, bezw. für nicht möglich.

Dem Zwecke des Attestes genügt es, wenn man sich einer gedrängten Kürze befleissigt. Die Schlussfolgerung zu a wird kaum besonders begründet werden brauchen, namentlich wenn man unter den „eigenen Wahrnehmungen" das geistige Gebrechen, worum es sich handelt, möglichst anschaulich und gemeinverständlich geschildert hat.

Ebenso ist es mit Theil b, wenn eine Verständigungsmöglichkeit bezeugt wird. Es ist müssig, etwa schematisiren

*) cf. Leppmann, Psych. Verein in Berlin 15. 6. 99. Med. Beamten Haupt-Vers. zu Berlin 28. 9. 99.

*) Gerichtl. Psychiatrie. II. Aufl. Jena 1900. Anhang S. 292.

zu wollen, bei welchen einzelnen Formen von Geistesstörung noch eine Verständigung für möglich erachtet wird. Ich habe schon Pflegschaftsatteste mit Verständigungsmöglichkeit, ja mit Einverständniss der Kranken bei Melancholischen, Paranoischen, Paralytikern, Epileptikern gegeben. Es genügt ja, wenn der Kranke nur ungefähr einsieht, dass es sich um eine fürsorgliche Handlung für seine Person handelt. Jedenfalls entscheidet nur der Einzelfall.

Der Theil b der Schlussfolgerung wird, wenn er die Verständigungsunmöglichkeit bezeugt, nur dann keiner besonderen Begründung bedürfen, wenn aus der Schilderung des Krankheitszustandes die Verständigungsmöglichkeit oder die völlige Verkehrsunfähigkeit (Starrsucht, Verwirrtheit etc.) ersichtlich ist.

Besonders begründet wird aber die Unmöglichkeit der Verständigung aus rein ärztlichen Gründen, nämlich weil der Versuch einer Erörterung dem Zustand des Kranken schaden würde, werden müssen.

Uebel dran ist man mit den Kranken, bei denen die Möglichkeit einer Verständigung nicht aus einem der oben angeführten Gründe ausgeschlossen werden kann und die die Einleitung der Pflegschaft nicht zugeben, also z. B. bei periodisch Manischen oder circulär Kranken, welche man nur für die Erregungszeit „kalt" stellen, d. h. von allen unsinnigen Geldverfügungen fernhalten will.

Bei diesen kann allerdings die Einleitung einer vorläufigen Vormundschaft (§ 1906 B.-G.-B.) rasch Abhülfe schaffen, aber dazu ist ein Antrag von bestimmten Personen erforderlich, zu dem sich Angehörige aus Pietätsgründen oder aus Furcht vor dem Kranken viel schwerer als zum Pflegschaftsantrage entschliessen. Ausserdem bedingt die Einleitung der vorläufigen Vormundschaft, wenn auch manche Gerichte sich zu einer mehrmonatlichen Wartezeit entschliessen werden, dann den Fortgang des Entmündigungsverfahrens, setzt also manchmal ohne zwingenden Grund einen kostspieligen Apparat in Scene.

Im Anschluss an obige Ausführungen möchte ich einige Muster von Pflegschaftsattesten geben, wie ich sie mir in den einzelnen Fällen aus den Bedürfnissen der Praxis heraus zusammengestellt habe.

I.

(Verständigung möglich.)

Der Kaufmann Karl X. ersucht mich um Ausstellung eines amtsärztlichen Zeugnisses zum Ausweis beim Kgl. Amtsgericht zu Y., wo er die Einleitung einer Pflegschaft über sich beantragen will. Zu diesem Zwecke habe ich ihn heute in meiner Wohnung untersucht.

Er giebt mir an, 55 Jahre alt und ohne nachweisbare Ursache seit drei Monaten gemüthsverstimmt zu sein. Er grübele fortwährend über seine bisherige Geschäftsführung nach und finde allerhand Verfehlungen heraus, theils schlechte Dispositionen, theils direktes Unrecht wie z. B. falsche Steuereinschätzung, und wenn er sich auch immer wieder sage, dass er sich grundlose Vorwürfe mache, so ergriffe ihn alles so, dass er sich mit seiner Familie schon am Hungertuch sähe und jeden Augenblick verhaftet zu werden glaube. Auch sei er völlig schlaflos. Er wolle sich auf Rath seines Arztes freiwillig in eine Anstalt für Gemüthskranke begeben, vorher aber für eine gesetzliche Vertretung in seiner Geschäftsführung sorgen, da ihn diese besonders aufrege.

Der p. X., ein kräftig gebauter Mann, zeigt eine welke Haut mit einzelnen narbenartigen Striemen wie Jemand, der rasch abgemagert ist. Er sieht in seiner Haut- und Gesichtsfarbe grau und unfrisch aus. Seine Körperorgane erweisen sich bis auf die ersten Zeichen von Schlagaderverhärtung gesund. Sein Gesicht trägt den Stempel kummervollen Nachsinnens. Seine Mienen sind gespannt, sein Wesen ist gehemmt. Seine Besorgnisse bringt er, trotzdem er, wie er meint, das Ueberflüssige derselben einsieht, mit sichtlich tiefer Ergriffenheit vor.

Demnach leidet X. an Trübsinn.

Ich erachte ihn in Folge dieses Geistesgebrechens für unfähig, einen Kreis seiner Angelegenheiten, namentlich seine Vermögensangelegenheiten zu besorgen.

Eine Verständigung mit ihm halte ich für möglich.

II.

(Verständigung unmöglich aus ärztlichen Gründen.)

Die Ehefrau des Kaufmanns G. ersucht mich um Ausstellung eines amtsärztlichen Zeugnisses über den Geisteszustand ihres Ehemannes, da sie zwecks Fortführung von dessen kaufmännischen Geschäft eine Pflegschaft über denselben beim Kgl. Amtsgericht zu L. beantragen will.

Sie giebt mir an, dass derselbe 45 Jahre alt sei und von einem in Geisteskrankheit verstorbenen Vater stamme. Er sei immer „nervös" gewesen, habe auch bisweilen Spuren von Zucker im Urin gehabt. Nach einem Streit mit einem Sozius sei er seit drei Tagen schlaflos. Er benehme sich sonderbar, schliesse sich in sein Zimmer ein, ordne seine Briefe, habe durchaus einen alten Revolver in Reparatur geben wollen, esse wenig und deute an, er werde nachts von Detektivs beobachtet, man wolle ihn heimlich bei Seite bringen, auch die Köchin stecke mit dem Sozius, der ihn bei der Polizei als Anarchisten angeschwärzt habe, unter einer Decke. Er sei seines Lebens nicht sicher.

Ich untersuchte ihn heute in seiner Wohnung. Er öffnete mir auf wiederholtes Klopfen, als ich ihm Namen und Stand nannte. Ich fand einen fettleibigen, etwas ältlich aussehenden Mann mit kongestionirtem Kopfe und belegter Zunge. Sein Gesicht trägt das Gepräge von Misstrauen und Angst, die Hände zeigen zitternde Unruhe. Er antwortete zunächst, so lange sich das Gespräch in allgemeinen Formen bewegte, höflich, formell richtig, wenn auch kurz. Als ich ihn frage, ob ihn denn etwas beunruhige, wird er heftig: „Wollen Sie mich auch noch verhöhnen", sagt er. „Sie gehören doch auch zu der Polizei. Verlassen Sie mich doch bald, damit die Heimlichkeit ein Ende hat. Nein, wie kann sich die Behörde mit so einem Schuft wie dem Y (seinem Sozius) verbinden." Ich versuchte ihn zu beruhigen. Er sei wohl nervös und sähe alles schlimmer, als es sei. Da wird er aber unter Weinen wüthend: „Ist das nicht schlimm genug, selbst auf dem Kloset machen die Kerle ihre Zoten über mich".

Demnach leidet der p. p. an akuter Verrücktheit.

Er ist in Folge dieses Geistesgebrechens, nach meiner gutachtlichen Ueberzeugung ausser Stande, einen Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten zu besorgen.

Eine Verständigung mit ihm ist aus dringenden ärztlichen Gründen deshalb nicht möglich, weil jede nähere Erörterung seiner persönlichen Verhältnisse ihn z. Z. so aufregen muss, dass dies von wesentlichem Nachtheil für den Verlauf der Krankheit werden kann.

III.

(Verständigung thatsächlich unmöglich).

Die verw. Frau X. ersucht mich um ein amtsärztliches Zeugniss über den Geisteszustand ihrer Tochter Alma, da sie den Antrag auf Einleitung einer Pflegschaft über dieselbe beim Kgl. Amtsgericht zu Y. stellen will. Zu diesem Zwecke habe ich Alma X. in der Privat-Irrenanstalt zu Z. heute untersucht.

Die Mutter giebt mir an, Alma sei 31 Jahre alt und immer etwas halsstarrig und menschenscheu gewesen. Sie habe sich zur Ehe nicht entschliessen können, sei aber immer neidisch gewesen, wenn Mädchen ihrer Bekanntschaft heiratheten. Ohne völlig sichere Gelegenheitsursache, vielleicht aber im Anschluss an eine ihr zugegangene Verlobungsanzeige habe sie vor 3 Wochen nachts plötzlich um Hilfe geschrieen, habe gemeint schwarze Gestalten um sich zu sehen und Schüsse zu hören, habe viel davon gesprochen sie solle zermalmt werden und sei, da sie Geräthe zertrümmerte und tobte, am andern Tage bereits nach der Anstalt zu Z. gebracht worden. Hier habe sie noch 2 Tage getobt, dann sei sie in sich versunken und wolle weder reden noch essen, so dass sie künstlich genährt werden müsse.

Ich finde Alma X. angekleidet auf einem Lehnstuhl sitzen. Sie ist eine zart gebaute magere Person, welche steif mit hochgezogenen Schultern und vornübergebeugtem Kopfe dasitzt. Die Augen sind halb geschlossen und blicken starr vor sich, das Gesicht hat einen finstern Ausdruck und ist in dauernder Spannung. Sie hat einen Zipfel ihres Halstuches zwischen die Zähne geklemmt und es fliesst ihr Speichel aus dem Munde. Die starr gefalteten Hände fühlen sich kühl an. Sie setzt jedem Versuche ihre Körperlage zu ändern, einen spannenden Widerstand entgegen. Sie antwortet auf keine Frage. Auf freundliches Zureden, dass ich als Arzt käme, um zu sehen wie es ihr gehe, um ihre Qualen lindern zu helfen, reagirt sie nur durch stärkeres Zusammenkneifen der Augen und Rümpfen des Mundes.

Demnach erachte ich bei Alma X. ein Geistesgebrechen für vorliegend, welches mit dem Namen Starrsucht bezeichnet wird.

Sie vermag in Folge dessen einen Kreis ihrer Angelegenheiten, namentlich ihre Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen.

Eine Verständigung mit ihr erscheint nicht möglich.

Die durch Ministerialerlass vom 28. Februar 1900 in Kraft getretenen Vorschriften zur Ausführung des Impfgesetzes.

Von

Dr. Matthias Schulz,

Vorsteher der K. Anstalt zur Gewinnung thierischen Impfstoffes zu Berlin.

(Schluss.)

II. Die Einführung der aseptischen Vorschriften in die Impfung.

Von dem Streben der Aerzte, den Errungenschaften auf dem Gebiete der Bakteriologie und Chirurgie auch bei der Impfung Geltung zu verschaffen, gaben die mannigfachen Erfindungen geeigneter Instrumente, Apparate, die Versuche, eine Desinfektion der Impfstelle herbeizuführen, und diese durch Verbände zu schützen, im letzten Jahrzehnte vielfach Zeugniss. In Preussen berief der Herr Minister der Medizinalangelegenheiten im Jahre 1895 eine Kommission zur Prüfung der Impfstofffrage, welche unter dem Vorsitze des um die Förderung des Impfwesens sehr verdienten Geheimen Ober-Medizinalrathes Dr. Schmidtmann tagte, und der unter anderem die Aufgabe zufiel, die Ausführung der Impfung den modernen Anforderungen anzupassen. Damals war die Behauptung aufgestellt worden, dass die entzündlichen Reizerscheinungen, welche man bei den mit Thierlymphe Geimpften beobachtete, auf den Bakteriengehalt der letzteren zurückzuführen seien. Die Kommission hat diese Behauptung nicht bestätigen können, auch von Kirchner, Dreyer und im Kaiserl. Gesundheitsamte angestellte Untersuchungen führten zu gleichen Ergebnissen. Auf diese Forschungen gründet sich ein von der vom Reiche einberufenen Impfkommission gefasster und vom Bundesrathe angenommener Beschluss, welcher lautet:

„Es haben sich bisher keine Anhaltspunkte für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen den in der Thierlymphe bekannten Keimen und den Reizungserscheinungen ergeben, welche nach der Impfung auftreten.

Trotzdem sich so seiner Zeit die Erkenntniss Bahn gebrochen hatte, dass die Bakterien der Thierlymphe erysipelatöse und phlegmonöse Entzündungen im Gefolge der Impfung nicht hervorrufen, und dass diese als accidentelle Wundkrankheiten aufzufassen sind, wurde doch die Gewinnung und Herstellung des thierischen Impfstoffes mit ausgedehnten, aseptischen Vorschriften umgeben, damit nicht etwa kranheitserregende Keime in denselben von aussen gelegentlich hineingelangten. Es ergab sich aber auch die Nothwendigkeit, die schon vorhandenen Vorschriften, welche die zu den öffentlichen Impfungen dienenden Räume und den Impfling vor und nach dem Impfakte betrafen, zu ergänzen und bei diesem letzteren selbst die Vorschriften der Asepsis thunlichst vollständig einzuführen. Von der vorerwähnten Kommission sind demnach Vorschriften für die Einrichtung und den Betrieb der staatlichen Lymph-Gewinnungsanstalten aufgestellt worden, welche mit einigen Abänderungen vom Bundesrathe angenommen wurden, aber schon zuvor den preussischen Anstalten als Richtschnur dienten. Ueber die Ausführung der Impfung an Menschen fanden in der Kommission Verhandlungen statt, deren Ergebnisse in dem Ministerialerlasse vom 31. März 1897 veröffentlicht wurden. Dieser Erlass konnte sich nur auf die öffentlichen Impfungen beziehen, erst die allgemeine, neue Regelung der Ausführung des Impfgesetzes hat es ermöglicht, die Befolgung der einschlägigen Bestimmungen auch den Privatärzten zur Pflicht zu machen. In Folgendem sollen die erlassenen Ausführungsvorschriften unter Berücksichtigung des preussischen Ministerialerlasses vom 26. Februar 1900 wiedergegeben werden:

Es entspricht nicht dem Zwecke dieser Zeilen, eine ausführliche Darlegung der Anforderungen zu bieten, welche heute an eine staatliche Lymph-Gewinnungsanstalt und auch an eine Privatimpfanstalt, deren Erzeugnisse zum Gebrauche in Deutschland zugelassen werden sollen, zu stellen sind. Es sei hier nur das Wichtigste hervorgehoben:

Die Leitung ist in die Hände eines Arztes gelegt; ein Thierarzt überwacht den Gesundheitszustand der Kälber während der Entwickelung der Blattern und stellt den Schlachtbefund fest. Die Anstaltsräume sollen so hergestellt und mit solcher Ausstattung versehen sein, dass die peinlichste Reinlichkeit, erforderlichen Falles auch Desinfektion ausführbar ist. Dem Gesundheitszustande des Wärters wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet, die bei der Impfung, der Abnahme des Impfstoffes, bei der Zubereitung der Lymphe, bei dem Abfüllen des Stoffes beschäftigten Personen, haben sich zu desinfiziren und in Preussen auch so zu kleiden wie zu einer chirurgischen Operation. Alle mit der Impffläche in Berührung kommenden Instrumente, alle Apparate, welche zur Verarbeitung, alle Gefässe, welche zur Aufnahme des Impfstoffes dienen, müssen keimfrei sein. Eine Ueberwachung der Anstalten durch die vorgesetzten Behörden findet statt.

Die für die Bereitstellung von geeigneten Räumen zur öffentlichen Impfung schon früher gegebenen Vorschriften haben durch den Bundesrath keine Veränderung erfahren. In Preussen ist die Benutzung von Krankenhäusern zu diesem Zwecke verboten, Schulräume sind vor dem Termine recht-

zeitig nass zu reinigen und zu lüften: Durch zweckentsprechende Vorladungen soll dafür gesorgt werden, dass nur 50 Erstimpflinge oder 80 Wiederimpflinge zu einem Termin erscheinen. Die Abhaltung mehrerer Termine zu verschiedenen Zeiten an demselben Tage und in demselben Lokale ist gestattet.

Die schon lange geltenden Bestimmungen über die Reinigung der Kinder vor der Impfung sind nicht verändert; in Preussen haben dieselben durch die Vorschrift eine Ergänzung erfahren, dass Waschapparate für die Säuberung nicht in reinem Zustande erschienener Impflinge bereit gestellt werden sollen.

Die § 13—19 der Vorschriften, welche von den Aerzten bei der Ausführung des Impfgeschäftes zu befolgen sind, müssen bestimmungsgemäss jedesmal dem aus den Lymphe-Gewinnungsanstalten und dem aus Apotheken bezogenen, thierischen Impfstoffe beigegeben werden, die grösste Verbreitung ist ihnen daher gewährleistet.

Die Fassung des § 13 lautet:

„Die Impfung ist als eine chirurgische Operation anzusehen und mit voller Anwendung aller Vorsichtsmassregeln auszuführen, welche geeignet sind, Wundinfektionskrankheiten fernzuhalten; insbesondere hat der Impfarzt sorgfältig auf die Reinheit seiner Hände, der Impfinstrumente und der Impfstelle Bedacht zu nehmen; auch ist der Lymphevorrath durch Bedecken vor Verunreinigung zu schützen."

Preussen hat denselben durch die Bestimmung ergänzt, dass der Impf- und Privatarzt vor dem Beginne des Impfaktes seine Hände und Arme wie vor jeder chirurgischen Thätigkeit zu desinfiziren hat. Der weitere Inhalt der vorgenannten Paragraphen, welche das Bedecken der Lymphe während der Impfung vorschreiben, das Verbot von Zusätzen zu derselben enthalten, das Auftragen mit dem Pinsel verbieten und die Verwendung steriler Instrumente anordnen, die Distanz der Schnitte, ihre Länge, die Körperstellen, an welchen die Impfung auszuführen ist, festsetzen, bedürfen keiner weiteren Erklärung. Preussen hat die Verwendung von Kreuz- und Gitterschnitten verboten, und es erlaubt, bei der Auswahl des Armes auf welchem geimpft werden soll, die Gewohnheiten der Bevölkerung und die Wünsche der Angehörigen des Impflinges zu berücksichtigen.

Die Anlage eines Verbandes nach der Impfung ist nicht vorgeschrieben, sondern dem Ermessen des Arztes anheimgegeben. In Preussen wird dem Arzte empfohlen, die Impfstelle etwa 5 Minuten hindurch nach dem Impfakte unbedeckt zu lassen, damit sich vor der Berührung durch die Kleider ein schützendes Gerinsel auf ihr gebildet habe.

Die Grundsätze für die aseptische Nachbehandlung der Impflinge sind in den Verhaltungsvorschriften enthalten. Neu sind hier das Verbot, die Impfstellen anders als mit frisch gewaschenen Händen zu berühren, und die Vorschrift, dieselben nur unter Benutzung eines reinen Schwammes, reiner Leinewand oder Watte zu waschen. In Preussen ist die Verwendung des Schwammes nicht erlaubt. Der Impfling soll von Berührungen mit Personen, welche an eiternden Geschwüren, Ausschlägen, Wundrose leiden, gehütet, auch von Gegenständen, welche solche Personen benutzt haben, ferngehalten werden. Befindet sich in dem Haushalte des Impflinges eine an solcher Krankheit leidende Person, so ist ein Arzt zu Rathe zu ziehen. Ensteht eine breite Röthe um die Blattern, so sind kalte, häufig zu wechselnde Umschläge mit abgekochtem Wasser anzuwenden.

Die Wiederimpflinge, bei welchen sich Pocken entwickelt haben, sind vom 3.—12. Tage vom Turnen zu befreien und ihre Impfstellen sind auch sonst zu schützen. Endlich ist aber der Impfarzt durch die preussischen Ausführungsbestimmungen verpflichtet, mittelst Belehrung im Impftermine dahin zu wirken, dass Reizungen der Impfstellen durch Sauberkeit, zweckmässige Kleidung und Anstrengungen des geimpften Armes thunlichst vermieden werden.

III. Die weiteren Aenderungen der alten Vorschriften.

Die wichtigsten Neuerungen in den Vorschriften zur Ausführung des Impfgesetzes wurden in den beiden ersten Abschnitten dieses Aufsatzes bereits ausführlicher besprochen. Die anderen Veränderungen sind so verschiedener Art, dass sie von einheitlichen Gesichtspunkten kaum betrachtet werden können.

Sie beziehen sich zunächst auf Schädigungen der Gesundheit des Impflinges. Der Arzt hat sich bei den Angehörigen des Impflinges nach früheren und bestehenden Erkrankungen des letzteren zu erkundigen und muss dem Impfakte eine Besichtigung des Kindes vorangehen lassen. Anderseits sind die Angehörigen durch die Verhaltungs-Vorschriften angewiesen, dem Arzte Auskunft in dem vorerwähnten Sinne zu geben. Die Grundsätze, welche für die eigentliche Befreiung der Impflinge wegen Gefahr für Gesundheit und Leben schon früher bestanden, haben nur insofern eine Veränderung erfahren, als von der Impfung noch nicht drei Monate alter Kinder nicht mehr abgerathen wird.

Einer Anregung aus Dresden entsprechend sind für die Angehörigen der Erst- und der Wiederimpflinge, wie bereits erwähnt, verschiedene Verhaltungsmassregeln ausgearbeitet worden. Das Verbot, Kinder aus Häusern, in welchen ansteckende Krankheiten herrschen, nach den Impfterminen zu bringen, ist denselben in alter Weise aufrecht erhalten. In Bezug auf die Hygiene des Kindes nach der Impfung, so weit sie nicht im zweiten Abschnitte dieser Arbeit besprochen ist, tritt eine Verschiedenheit zwischen dem Bundesrathsentwurfe, welcher, wenn möglich tägliches Baden, wenigstens aber tägliche, sorgfältige Abwaschung vorschreibt und der preussischen Ausführungsbestimmung, welche das Baden nicht erwähnt, hervor.

Die Behörden haben ein grosses Interesse daran, dass sie von wirklich eingetretenen oder behaupteten Impfschädigungen möglichst früh in Kenntniss gesetzt werden, da es nach längerer Zeit meist unmöglich ist, den Grad der Schädigung festzustellen und zu entscheiden, ob sie mit der Impfung wirklich zusammenhängt. Deshalb sind die Angehörigen in den neuen Verhaltungsvorschriften angewiesen, bei erheblicher, nach der Impfung entstehender Krankheit einen Arzt zuzuziehen, den Impfarzt aber von jeder solchen Erkrankung, welche vor der Nachschau oder bis zu 14 Tagen nach derselben eintritt, zu benachrichtigen. Jeder Arzt ist verpflichtet, etwaige Störungen des Impfverlaufes und jede wirkliche oder angebliche Nachkrankheit, soweit sie ihm bekannt werden, möglichst genau festzustellen und der Ortspolizeibehörde sofort anzuzeigen. Dieser fällt die Aufgabe zu, thunlichst ärztliche Behandlung herbeizuführen, in Fällen von angeblichen Impfschädigungen Ermittelungen anzustellen, höheren Ortes Bericht zu erstatten und im geeigneten Falle unrichtige, in die Oeffentlichkeit gelangte Angaben richtig zu stellen. Den Standesbeamten ist die Verpflichtung auferlegt, jeden als Folge der Impfung angemeldeten Todesfall der Ortspolizeibehörde sofort anzuzeigen.

Zur Sicherung der Ausführung des Impfgeschäftes sind die älteren Beschlüsse, welche die technische Vorbildung der Aerzte für das Impfgeschäft betreffen, für das deutsche Reich dahin erweitert, dass jedem Studirenden Gelegenheit gegeben werden soll, die Ausführung der Impfung in öffentlichen Impf- und Nachschauterminen praktisch zu erlernen, eine Bestimmung, welche in Preussen schon seit 1887 durchgeführt wird. Die Behörden sind angewiesen, dahin zu wirken, dass die Lehrer der Impftechnik ebenso wie die Aerzte der staatlichen Lymphegewinnungsanstalten als öffentliche Impfärzte angestellt werden.

Als wünschenswerth wird es bezeichnet, dass der Impfarzt an jedem Orte seines Bezirkes öffentliche Impfungen vornimmt, und es ist empfohlen, öffentliche Impfungen während der Zeit der grossen Sommerhitze (Juli, August), zu vermeiden, eine Bestimmung, welche in Preussen bereits seit 1888 besteht.

Der Impfarzt erhält für die öffentlichen Impfungen seinen Gesammtbedarf an Lymphe aus den Staatsanstalten unentgeltlich und portofrei und hat aufzuzeichnen — zutreffenden Falles unter Angabe der Nummer des Versandbuches der betreffenden Anstalt — von wo und wann er seine Lymphe erhalten hat. In Preussen ist hierzu ein Buch zu verwenden, welches in den Impftermin gebracht werden muss. Revisionen der öffentlichen Impftermine und auch der Impfungen der Privatärzte, soweit sie dieselben nicht als Hausärzte in Familien vornehmen, sind in ausgedehnterem Masse als zuvor in Aussicht genommen.

Die von manchen Aerzten ausgeführten Scheinimpfungen haben Anlass gegeben, den Begriff der erfolgreichen Erstimpfung näher festzustellen. Deshalb hat in den Vorschriften für die Angehörigen der Erstimpflinge der Satz Aufnahme gefunden: „Die erfolgreiche Impfung lässt Narben von der Grösse der Pusteln zurück, welche mindestens mehrere Jahre hindurch sichtbar bleiben.“ Zur Verhinderung von Missbräuchen ist ferner vorgeschrieben, dass falls ein Impfpflichtiger auf Grund ärztlichen Zeugnisses von der Impfung zweimal befreit worden ist, die fernere Befreiung nur durch den zuständigen Impfarzt erfolgen kann. Auch sollen Kinder, denen eine Impfung als erfolgreich unrechtmässig bescheinigt ist, nach Lage des Falles als ungeimpft oder erfolglos geimpft betrachtet werden.

Es sei noch der preussischen Spezialbestimmung Erwähnung gethan, nach welcher für die vorgeschriebene Impfung aus dem Auslande kommender Arbeiter, die Lymphe porto- und kostenfrei aus den Staatsanstalten zu beziehen ist.

Von den Beschlüssen, welche in Bezug auf den physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage schon 1886 vom Bundesrathe angenommen wurden, hat nur der Eine eine Veränderung erfahren: Um einen ausreichenden Impfschutz zu erzielen, ist jetzt nur mindestens eine gut entwickelte Impfpocke erforderlich. Die älteren englischen Statistiken, auf Grund deren früher die gute Entwickelung von zwei Blattern gefordert wurde, sind nicht mehr als stichhaltig angesehen. Bei Wiederimpfungen genügt jetzt ein Knötchen oder Bläschen. Die so wenig beliebt gewesene Autorevaccination oder Nachimpfung, bei Entstehung nur einer Blatter ist als überflüssig abgeschafft.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass die Impflistenformulare einige geringe Veränderungen erfahren haben.

Zur traumatischen Perityphlitis.

Von

Dr. M. Wolff-Berlinchen.

Der dreizehnjährige Otto H. stammt aus gesunder Familie. Die Eltern, sowie vier lebende Geschwister sind kräftige, derbe Landbewohner. Zwei Geschwister sind im Alter von 14 Tagen bezw. 9 Monaten an Kinderkrankheiten gestorben. (Eine ältere Schwester nur ist mit völligem Haarschwund behaftet.)

Otto selbst war stets schwächlich, klagte seit einigen Monden über Schmerzen in der Magengegend besonders nach dem Essen, das er seltener ausbrach. Am 9. November 1898 erbrach er mit etwas Blut mehrere Spulwürmer, fieberte und klagte über Schmerzen im Bauche. Befund am 10. Nov.: Temp. 38°; Puls kräftig; Fettpolster wenig entwickelt. Geringe Gefässfüllung der sichtbaren Schleimhäute. Schwache Gelbfärbung der Lederhaut beider Augen. Brustorgane normal. Leib eingezogen. Starke Schmerzen auf Druck im Epigastrium. Magengrenzen, Leberdämpfung normal. Milz nicht palpabel, da das Eindrücken schmerzhaft ist. Im Uebrigen die Regionen des Bauches ohne Druckschmerz, auch tiefe Palpation der Ileocoecalgegend löst keine Schmerzen aus. Auch am 11., 12. und 19. November 1898 ergiebt genaue Befühlung des Leibes, keine Schmerzhaftigkeit des Bauches oder speziell der rechten Bauchseite. Am 19. November 1898 wurde nur der Druck im Epigastrium unangenehm, nicht schmerzhaft empfunden. Otto ging jetzt munter täglich die gute halbe Meile zur Schule.

Am 22. Dezember 1898 wurde der Otto H. in der Schule gemisshandelt. Er erhielt einen Stoss in die rechte Bauchseite, so dass er „zurücktaumelte“. Er wurde dann im Genick gefasst, emporgezogen und mehrmals mit dem Körper gegen die Schulbank gestossen. Er klagte sofort über Bauchschmerzen, schleppte sich mühsam nach Hause, indem er sich mehrmals erbrach und unterwegs niedersetzte. Zu Hause legte er sich sofort ins Bett unter ständigen Klagen über seinen Bauch; es bestand starker Drang zum Stuhlgang und zum Wasserlassen.

Befund am 24. Dezember: 38,6°, Puls 116, klein und schwach. Leib etwas aufgetrieben, leicht empfindlich. Berührung resp. ganz schwacher Druck in der Ileocoecalgegend intensiv schmerzhaft, geringe Dämpfung. Am 27. Dezember ist die Ileocoecalgegend sichtbar geschwollen, teigig, sehr schmerzhaft. Eine Dämpfung erstreckt sich von hier nach oben und verliert sich von hier bis zwei Finger breit vom rechten Rippenbogen, überschreitet aber nirgends die Medianlinie. Palpatorisch entspricht dieser Dämpfung eine diffuse Resistenz. — Unter Eisblase, Opium, Diät bildeten sich die bedrohlichen Erscheinungen zurück; der Knabe genas. Etwa im Mai 1899 klagte er wieder über stärkere Schmerzen in der rechten Bauchseite und fieberte nach Bericht, nachdem er auch in der Zwischenzeit öfters über Schmerzen geklagt und wenig gegessen hatte und „mit ihm gar nichts mehr Rechtes los war“. Nach am 23. Mai 1900 eingezogenen Erkundigungen ist Otto aber jetzt wieder völlig mobil, eingesegnet worden und soll jetzt ein Handwerk erlernen. Ich füge noch hinzu, dass die Misshandlung von dem sehr kräftigen Lehrer zugegeben wurde, als er mich aus Sorge um das Gericht aufsuchte. Es wurde aber von der Anzeige Abstand genommen, da der Knabe genas und der Vater für seine anderen Kinder fürchtete, die noch zur Schule gingen.

Gelegentlich der Magenerkrankung November 1898 war also durch viermalige Palpation festgestellt, dass die Ileocoecalgegend auch bei tiefem Drucke schmerzlos war, dass also keine sogenannte „latente“ Entzündung bestand. Die Erkrankung im Dezember 1898 ist als eine akute Perityphlitis, besser ausgedrückt als Peritonitis circumscripta fossae iliacae dextrae anzusprechen.

Was die Frage der Aetiologie in diesem Fall anbetrifft, so ist zunächst der Stoss des kräftigen Lehrers gegen die rechte Bauchseite heranzuziehen. Dieses hat wohl zu Continuitätstrennungen der Schleimhaut bezw. Wandung des Coecum geführt. Durch das fernere mehrmalige Stossen des Kindes gegen die Schulbank kam es zu erheblichen Druckschwankungen im Binnenraum des Bauches, zu Anpressungen von Koth bezw. Mikroorganismen gegen die vorher durch den Stoss geschädigte Darmwandung und so in der Folge zu einer Entzündung, zu einer wirklichen traumatischen Perityphlitis. Eine latente Perityphlitis hat vorher nicht bestanden, die Gewalteinwirkungen, das Trauma führten direkt die Erkrankung herbei.

Referate.

Allgemeines.

Ueber das Vorkommen von epiduralen Blutextravasaten in verbrannten Leichen.

Von Prof. Dr. Albin Haberda-Wien.

Beobachtungen über die Blutvertheilung in verkohlten Leichen.

Von Dr. Fritz Reuter, d. Z. Assistent am pathol. Institut zu Graz.

(Friedr.-Bl. 1900, Heft 2.)

Den bisherigen Beobachtungen über das nach dem Tode erfolgende Austreten von Blut zwischen Schädeldach und harte Hirnhaut unter dem Einfluss der Flammenhitze (Reuter, Strassmann) fügt Haberda eine neue hinzu. Bei einer Benzinexplosion wurden mehrere Arbeiter verbrannt. Bei dem einen, dessen Weichtheile die, ganz schwer Verbrannten eigene Starre angenommen hatten und dessen Kopfhaut geplatzt und zurückgezogen war, fand sich unter dem Schädeldach, über der harten Hirnhaut, eine dicke Schicht bröcklig gewordenen, ziegelrothen Blutes, in dessen Bereich die Glastafel auffallend matt aussah; an derselben Seite war der Vorderast der Arteria meningea media quer durchrissen, die Rissenden waren starr, es liessen sich aus ihnen bröcklige Blutpfröpfchen ausdrücken, während das Gefäss auf der anderen Seite kirschrothes Blut enthielt.

H. ist nicht der Ansicht, dass durch eine Verletzung zu Lebzeiten die Meningea media zerrissen und das Blut aus ihr ausgetreten sei. Ein so grosser Bluterguss kann sich nicht in wenigen Sekunden aus einem ziemlich engen Gefäss heraus bilden, besonders wenn das Blut sich erst zwischen Schädel und Hirnhaut Raum schaffen muss; nun kann aber der Betreffende, da der Raum sofort von Flammen erfüllt war, nur noch ganz kurze Zeit nach der Explosion gelebt haben, dies beweist auch der geringe Kohlenoxydgehalt seines Blutes. Mag daher die Arterie vor oder nach dem Tode zerrissen sein, der Bluterguss hat sich sicher nachher gebildet.

Die Erklärung für dieses Vorkommniss hat Reuter schon früher gegeben. Er hat gezeigt, dass bei starker Erhitzung die von der Hitze betroffenen Theile blutleer werden, während das Blut sich an den kühler bleibenden ansammelt. So ward es auch hier aus dem Schädelknochen herausgedrängt und sammelte sich darunter an. Reuter hat nun in sechs neuen Fällen theils seine früheren Beobachtungen bestätigt gefunden theils neue bemerkenswerthe gemacht.

Viermal waren die inneren Organe unversehrt, nur Haut und Weichtheile verbrannt. Immer fand sich das Gewebe der verbrannten Theile trocken und blutleer, das der nicht erhitzten feucht, blutreich, selbst mit Blutaustritten durchsetzt. Bei einer anderen Verbrannten war die Haut an Hals und Brust eingerissen, aber keine Körperhöhle eröffnet. Hier waren die Halsorgane eingetrocknet, die dortigen grossen Gefässe leer, dafür aber die Lungen und das Gehirn auffallend blutreich. Nach diesen beiden Richtungen musste das Blut aus den wahrscheinlich durch die Schrumpfung der umliegenden Gewebe ausgepressten Halsadern verdrängt worden sein. Der sechste Verbrannte Reuters war äusserlich fast vollständig verkohlt, Brust- und Bauchhöhle waren stellenweise aufgeplatzt, sodass der Inhalt mit den Flammen in Berührung gekommen war. Dementsprechend war das flüssige Blut hauptsächlich auf die dem Hilus zunächst gelegenen Lungentheile und auf das Herz gedrängt werden, zum Theil hatte es sich durch Gefässzerreissungen in den hinteren Mittelfellraum ergossen.

Wenn die Bauchhöhle uneröffnet bleibt, findet man ziemlich regelmässig die Bauchorgane blutarm. Das muss nach dem Obengesagten auffallen. Es handelt sich nicht etwa um ein Austrocknungsprodukt, denn die Organe sind trotzdem feucht. Die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, dass hier eine gegen Ende des Lebens reflektorisch eintretende Reizung des grossen Eingeweidenerven verantwortlich zu machen ist. Auf die Blutarmuth der Bauchorgane wird es sich verlohnen, künftig sorgfältig zu achten.

Falls sie wirklich nur bei Verbrennungen am Lebenden vorkommt, könnte sie auch für die gerichtsärztliche Praxis Bedeutung gewinnen.

Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes.

Von P. J. Moebius.

Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. 1900, III. Bd., H. 3.

Schwachsinn ist ein relativer Begriff. Im Verhältniss zum Europäer ist der Eskimo, im Verhältniss zum Erwachsenen das Kind, im Verhältniss zum Manne das Weib schwachsinnig.

Gehirntheile, die für das geistige Leben sehr wichtig sind (Stirn- und Schläfenwindungen), sind beim Weibe schlechter entwickelt als beim Manne. In der Reihe der Lebewesen, die man je nach der Stärke des Instinkts im Gegensatz zur Ueberlegung aufstellen kann, steht das Weib dem Thiere näher als der Mann, es steht zwischen Mann und Kind. Daher Mangel an Kritik, an Gerechtigkeit, an Interesse für das allgemeine Wohl, an Selbstbeherrschung; Verständniss und Gedächtniss können gut sein, die Erfindungsgabe und Urtheilsfähigkeit sind unentwickelt.

Die Geistesgaben, die sie hat, büsst die Frau häufiger und schneller ein als der Mann. Sie „versimpelt" in der Ehe rasch, sie verliert schon in ziemlich frühen Jahren die Weite des Horizonts, das Verständniss für alles Neue, ihr Geistesleben wird eintönig.

So ist die Frau, weil sie nicht, wie der Mann, dazu geboren ist, sich in der Aussenwelt zu bethätigen, Nahrung zu beschaffen, die Familie zu vertheidigen, sondern Kinder zu gebären und zu pflegen. Je mehr ihr Geist sich ausbildet, desto untauglicher wird sie zu diesem ihrem eigentlichen Beruf.

„Je besser die Schulen, desto schlechter die Wochenbetten, desto geringer die Milchabsonderung, um so untauglicher die Weiber."

Es ist ein schweres Unrecht gegen die Rasse, die Intelligenz des Weibes heben zu helfen. Aber freilich — es scheint ein Naturgesetz zu sein, dass die Civilisation die Quellen des Lebens abgräbt; je mehr die Gehirnthätigkeit überwiegt, desto unfruchtbarer wird die Menschheit.

Das Strafgesetz sollte auf den Schwachsinn des Weibes Rücksicht nehmen und es nicht, wie jetzt, als Zeugin überschätzen, als Angeklagte zu hart behandeln.

Soweit Moebius. Seine Ausführungen sind interessant, insofern sie die Ansicht eines bedeutenden Forschers wiederspiegeln. Eigentlich neue Thatsachen enthalten sie nicht. Von einer methodischen Widerlegung etwaiger Einwände ist — wie schon aus dem geringen Umfang der Schrift hervorgeht — keine Rede. Ob M. wirklich in jedem einzelnen Punkte Analoges mit Analogem, den Bauer mit der Bäuerin, den Bierbankphilister mit der Kaffeeklatschbase, den verknöcherten Büreaumenschen mit der in Dienstbotensorgen und Grossreinemachen aufgehenden Hausfrau verglichen hat — das ist uns zweifelhaft geblieben. Am bedenklichsten ist die Art und Weise, wie er die „Frauenfrage" streift. Was aus den vielen Frauen werden soll, die nie Mütter sein können, bleibt un-

gesagt. Und der Kern der Frauenfrage: die für die Mehrzahl aller Frauen, Mütter und Nichtmütter zusammengerechnet, heutzutage bestehende soziale Zwangslage, sich dem „Departement des Aeusseren", der Vertheidigung und Ernährung ihrer selbst und eventuell ihrer Familie dauernd oder zeitweise widmen zu müssen — dieser Hauptpunkt bleibt unberührt.

Es mag sein, dass die Anregungen M.'s auf dem Gebiete der Strafrechtspflege in gewissen Grenzen nützlich werden können — in Bezug auf die Emanzipationsbewegung wird sicherlich die Theorie vom physiologischen Schwachsinn wenig praktische Erfolge haben, nur ein Schlagwort mehr wird gewonnen sein, das die verständigen Elemente unter den um ihre soziale Existenz ringenden Frauen ins Lager der Extremen treiben hilft.

Psychiatrie und Neurologie.

Ueber Erschöpfungspsychosen.

Von Dr. Raecke, Ass. a. d. Städt. Irrenanstalt Frankfurt a. M.

(Zschrift f. Psych. Bd. 57 H. 1.)

Wenn man nur diejenigen Fälle betrachtet, in denen bei bisher anscheinend rüstigem Gehirn äussere schwächende Momente, wie grosse Blutverluste, acute Krankheiten, Mangel, Strapazen — insbesondere Wochenbett und Stillgeschäft —, zu Geistesstörungen führen, so ist man berechtigt, von bestimmten Erschöpfungspsychosen zu reden. Auf Grund von 18 Fällen entwirft Verfasser ein Bild von dem Verlaufe dieser Krankheiten.

Bei einer Reihe von „Erschöpften" dauern die Vorläufer, gemütliche Reizbarkeit und Leistungsunfähigkeit, nur Stunden oder wenige Tage. Dann entwickelt sich stürmisch ein Gemisch von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen meist schreckhafter Art. Der Kranke wird verwirrt und äusserlich sehr erregt, er springt, tanzt, gestikulirt und schwatzt, wobei manchmal ein Kleben an einzelnen Vorstellungen (Perseveration) hervortritt. In rascher Folge wird aus der Ideeenflucht völlige Zusammenhangslosigkeit, bis endlich die ganze Summe der sprachlichen Aeusserungen nur aus ewigen Wiederholungen derselben Wendung, desselben Wortes besteht und äussere Reize gar keinen Eindruck mehr machen. In diesem Stadium kommen auch allerlei ruckweise Bewegungen und selbst Zuckungen vor, die durchaus den Eindruck des Unwillkürlichen machen. Dieser Zustand ist dann gefährlich: Tod durch Verletzungen, Herzschwäche, Lungenentzündungen kann eintreten. Meist aber bessert sich die Krankheit wieder, die Erregung wird von Ruhepausen unterbrochen, die häufiger und länger werden. Ein gereiztes misstrauisches Wesen, das durch die zunächst noch bestehende Unsicherheit der Kranken betreffs ihrer Umgebung und ihrer eignen Person erklärt wird, hält gewöhnlich noch eine ganze Zeit an. Einsichtsloses Fortdrängen ist dann nicht selten. Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit bleibt lückenhaft, wenn auch Einzelheiten oft später ins Gedächtniss zurückgebracht werden können.

Dies Krankheitsbild braucht zu seinem Bestehen und Abklingen selten mehr als einen Monat.

Unverkennbar mit dem vorigen verwandt ist das Krankheitsbild bei einer zweiten Gruppe von Fällen, nur dass hier die Entwicklung und der Verlauf langsamer und weniger stürmisch sind. Meist, wie es scheint, nach lange einwirkenden Schädlichkeiten geht Schlaf und Appetit verloren, die Leistungsfähigkeit schwindet, allgemeine Beeinträchtigungsvorstellungen und Nervenschmerzen quälen den Kranken wochenlang, bis endlich eine Fülle einfacher Gehörs- und Gesichtstäuschungen (Läuten, Brausen, Schiessen, Farbenerscheinungen) auf ihn einstürmen und ihm gleichzeitig seine Umgebung auf seltsame Weise ganz verändert erscheint. Zunehmende Verworrenheit und Angst führen ihn nicht selten zu Gewaltthaten gegen sich und Andere. Dann verfällt er in einen Hemmungszustand, oft auch mit dem Hintergrund ängstlicher Spannung. Selten sind Zwischenzeiten mit heiterer, gelegentlich verliebter Erregung. Die Aufhellung vollzieht sich ähnlich wie bei der ersten Gruppe, nur langsamer.

Hier pflegte die Anstaltsbehandlung 3—7 Monate zu dauern, und ganz gesund waren die Leute selbst bei der Entlassung meist noch nicht. Es ist sogar wohl möglich, dass bei der Mehrzahl aller Erschöpfungspsychosen ein leichter Grad von Schwachsinn zurückbleibt.

Ein durch Operation geheilter Fall von Jackson'scher Epilepsie.

Aus der II. mediz. Klinik d. kgl. ung. Univ. Budapest.
Von Ass. Dr. Ladislaus von Kétly.

(Mittheil. aus d. Grenzgebieten d. Mediz. u. Chir. 5. Bd., 4. u. 5. H. 1900.)

Die Mittheilung des vorliegenden Falles von glücklich operirter Jackson'scher Epilepsie rechtfertigt sich schon deshalb, weil die Zahl der längere Zeit nach der Trepanation beobachteten Fälle nicht gerade gross ist. Der Erfolg des chirurgischen Eingriffes war ein vollkommener, insofern die bis dahin häufig auftretenden tonisch-klonischen Krämpfe im rechten Arm und der rechten Gesichtshälfte, die grossen Schmerzen im Arm und die bestehende Parese nach zwei Monaten fast ganz geschwunden waren. Der Operationsbefund ergab Folgendes: Die Pia mater war im Umfange von 2—3 cm über dem Gyrus paracentralis narbenartig verdickt und trübe, ausserdem 6—7 cm breit und 1 cm lang mit dem Corticaltheil des Gyrus zusammengewachsen. An dieser Stelle waren stecknadelkopfgrosse, aus früheren Blutungen herstammende Punkte. Aus einem kam nach einem Einstich serumartige Flüssigkeit heraus; zwischen denselben war die Gehirnsubstanz theils narbig, theils safranfarbig. Die veränderte Gehirnsubstanz wurde etwa 5—6 mm tief ausgeschält. Ihre mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine Encephalomalacia punctiform. rubra handelte: Die Pia mater war sehr verdünnt, zellenarm und mit dem Cortex verwachsen. In den Schichten der kleinen Pyramidalzellen waren kleine stecknadelkopfgrosse, mit nicht färbbaren, abgestorbenen Gewebselementen und stellenweise mit gut sichtbaren rothen Blutkörperchen gefüllte Erweichungsherde vorhanden; auch fand sich amorphes Blutpigment vor. Es ist möglich, dass dieser Befund veranlasst wurde durch die traumatischen Einwirkungen, die den Kopf des Patienten nach seinen Angaben häufig im Berufe trafen. Der Kranke war Müller, musste als solcher viel durch eine niedere Thür aus- und eingehen, und schlug öfters den Kopf an den Thürstock an. Sonstige Anhaltspunkte für die Aetiologie des Leidens ergab die Anamnese nicht. Die der Arbeit beigegebene Litteraturübersicht zeigt, dass die Erfolge der operativ behandelten Jackson'schen Epilepsie keineswegs sehr glänzende sind. 23 Fällen vollkommener Heilung, von denen aber mit Rücksicht auf die kurze Beobachtungszeit nur 3 als bestimmt geheilt betrachtet werden dürfen, stehen 11 Fälle gegenüber, in denen nur eine Besserung eintrat, in 28 Fällen blieb der Zustand unverändert und 4 endeten tötlich. Immerhin ist der operative Eingriff bei verzweifelten Fällen von Jackson'scher Epilepsie berechtigt, zumal in Anbetracht der Fortschritte der chirurgischen Technik für die Zukunft noch bessere Erfolge zu erwarten sind.

—y.

Die Sprachstörungen der Schulkinder.

Von Dr. Alb. Liebmann-Berlin.

(Die ärztliche Praxis No. 6—7, 1900.)

Der vorliegende Beitrag zur Schulhygiene giebt eine gedrängte Darstellung der Pathologie und Therapie der Sprachstörungen der Schulkinder. Die in Betracht kommenden Störungen sind: Stummheit, Stammeln, Poltern, Agrammatismus und Stottern. Mit Rücksicht auf die Bedeutung, die der Besitz einer korrekten Sprache für das spätere Leben hat, wird sich die Schulhygiene in Zukunft weit mehr noch, als bisher, mit diesem Kapitel zu befassen haben. Die Sprachheilkunde hat in den letzten Jahren so bedeutsame Fortschritte gemacht, dass auch Erspriessliches auf diesem Gebiete geleistet werden kann. Möchte sich nur das Interesse der Aerzte diesem wichtigen Gegenstande etwas mehr zuwenden. Die Einrichtung der Schulärzte, die sich immer mehr einbürgert, wird sicherlich dazu beitragen, dass dieser Wunsch mehr und mehr in Erfüllung geht. Auf den Inhalt der lesenswerthen Arbeit näher einzugehen, müssen wir uns leider an dieser Stelle versagen.

—y.

Innere Medizin.

Nephritis bei Varicellen.

Von Dr. Hans Haenel, Assistenzarzt am Stadtkrankenhause zu Dresden-Friedrichstadt.

(Centr. Bl. f. inn. Med. 1900, No. 19.)

Folgender Fall ereignete sich während einer Windpockenepidemie. Ein einjähriges Kind, das Keuchhusten überstanden hatte, bekam plötzlich hohes Fieber. Am zweiten Tage war im Harn reichlich Eiweiss und das Vorhandensein von hyalinen und gekörnten Cylindern nachweisbar. Hautschwellungen traten nicht auf. Am achten Tage fiel das Fieber, am zehnten, zu welcher Zeit das Eiweiss verschwunden war, begann unter Anstieg der Temperatur eine sehr geringfügige Bläschenbildung auf der Haut, die wie Windpocken verlief.

Man ist in letzter Zeit darauf aufmerksam geworden, dass Eiweissharn bei Windpocken garnicht so selten, und Nierenentzündung mindestens gelegentlich vorkommt. Die letztere pflegt milde zu verlaufen. Ganz ungewöhnlich ist es aber, dass die Nierenentzündung gewissermassen den Vorläufer der Windpocken bildet. Nur ganz schwere Fälle von Windpocken sollen überhaupt Vorläufererscheinungen haben. H. hält es daher für wahrscheinlicher, dass hier die Nierenentzündung gewissermassen als Ersatz der Hauterscheinungen eingetreten ist, dass es sich also — ebenso wie es einen Scharlach ohne Ausschlag giebt — um Varicellae sine exanthemate, um Windpocken ohne Ausschlag gehandelt hat.

Dass hier nicht etwa ein zufälliges Zusammentreffen vorlag, wurde kurz nach der Genesung des ersten Kindes durch zwei weitere Beobachtungen bestätigt. Ein anderes Kind erkrankte nach Ablauf von schweren Windpocken an fieberhafter Nierenentzündung mit bluthaltigem Harn, ein drittes liess einige Zeit nach dem Eintrocknen der Bläschen Eiweiss im Harn nachweisen, ohne dass jedoch Fieber vorhanden war.

Ueber nervöse Leberkolik.

Von Dr. Theodor Fuchs-Wien.

(Wiener med. Presse No. 14, 1900.)

Die nervöse Leberkolik ist zwar eine seltene Affektion, doch tritt sie häufig genug auf, um eine Warnung vor Verwechselung mit Cholelithiasis gerechtfertigt erscheinen zu lassen. Dieser diagnostische Irrthum liegt durchaus nahe; die nervöse Leberkolik gleicht der Steinkolik wie ein Ei dem anderen. Ein Fall, wie der von Verf. beschriebene, in welchem auf Grund der unzutreffenden Diagnose „Cholelithiasis" vergeblich operativ eingegriffen wurde, dürfte nicht vereinzelt dastehen. Bei der Unterscheidung der beiden in Rede stehenden Zustände wird der Umstand, dass sich die nervöse Leberkolik oft mit Symptomen von Hysterie und Neurasthenie, mit Neuralgien anderer Theile, vergesellschaftet, ja direkt in solche übergeht, noch den besten Anhaltspunkt bieten. —y.

Vergiftungen.

Zur Klinik der Intoxicationen mit Benzol- und Toluol-Derivaten mit besonderer Berücksichtigung des sog. Anilismus.

Von Dr. A. Friedländer, Ass. d. städt. Irrenanstalt. Frankfurt a. M.

(Neurol. Centr. 1900, No. 4 u. 7.)

Ueber die eigenartigen Vergiftungen, die bei den mit den Abkömmlingen des Benzols und Tolnols beschäftigten Arbeitern, also in einem ungemein wichtigen Fabrikationszweige, vorkommen, werden fast alljährlich neue interessante Beobachtungen gemacht. Neuerdings tritt hierbei immer mehr das Bestreben hervor, die einzelnen in Frage kommenden Stoffe ihrer Wirkung nach von einander zu scheiden, während früher alles in den grossen Topf „Anilismus" geworfen wurde. Wir erinnern an die Beobachtungen von Frank und Beyer (Jahrg. 1897, S. 303), Senn (1897, S. 367), Leichtenstern (1898, S. 495) und Bachfeld (1899, S. 345). Das gleiche kritische Streben liegt der Veröffentlichung Friedländers zu Grunde, die nur ein Vorläufer weiterer klinischer und experimenteller Arbeiten auf diesem Gebiete sein soll.

Fall I. Es handelt sich um einen erblich und persönlich belasteten Mann: der Vater war starker Trinker und starb an Nervenfieber, er selbst hat als Kind Nervenfieber gehabt und früher sehr viel getrunken. Seit zwei Jahren ist er ziemlich mässig. Er ist ein jähzorniger, gewaltthätiger Mensch. Diesem Manne spritzt im Anilinraum, wo er arbeitet, etwas reines Anilin in den Mund (kaum ein Mund voll). Er schluckt einen Theil davon herunter, arbeitet aber vorschriftswidrig weiter, ohne sich zu melden. Nach einigen Stunden wird er unwohl und taumelt, erst färben sich Lippen und Ohren hellblau, dann das ganze Gesicht tiefblau, später schwärzlich. Gleichzeitig wird er verwirrt und allmählich tobsüchtig erregt, bald ängstlich bald kindisch heiter. Die Tiefe der Bewusstseinstrübung wechselt, aber auch als er sich beruhigt hat, ist sein Bewusstsein dämmerhaft, wie beim Alkoholrausch. Die Athmung ist nur etwas beschleunigt; andere wesentliche Störungen bestehen nicht. In der Nacht schläft er ruhig, am nächsten Tage sieht er noch bläulich blass aus und zeigt eine erhebliche Einsichtslosigkeit bezüglich seines Zustandes, aber keine tiefere Störung. Der Vorgänge vom vorhergegangenen Tage erinnert er sich summarisch. Am dritten Tage besteht nur noch Herzschwäche, vom vierten ab arbeitet er wieder ohne Störung.

Die dunkle Hautfärbung ist Verf. geneigt, nicht blos auf eine Sauerstoffberaubung des Blutes, sondern auch auf in demselben kreisendes Anilinschwarz zurückzuführen.

Fall II. Das Bi-Nitro-Toluol verursacht bei dem mit ihm beschäftigten Arbeitern oft leichte Vergiftungen (Uebelsein, Magenbeschwerden, Kopfschmerz, Schwäche, eventuell Bewusstlosigkeit), die sich nicht selten erst 8, 10 oder mehr Stunden nach dem Verlassen des betr. Raumes geltend machen. Wenn nur geringe oder selbst gar keine Vergiftungszeichen bestehen, so wird manchmal noch am folgenden Tage eine schwere Vergiftung ausgelöst, wenn die Arbeiter geringe Mengen Alkohol (ein Glas Schnaps, 2—3 Glas leichtes Bier) zu sich nehmen.

Der hier beschriebene derartige Fall hatte ein gerichtliches Nachspiel. Ein früher gesunder, fleissiger Arbeiter trank tags nachdem er Nachtschicht gehabt hatte, ein paar Glas Bier. Er verliess, keineswegs betrunken aussehend, die Schenke, irrte stundenlang umher, ging dann in die benachbarte Stadt, stieg zu der Mansarde empor, wo seine frühere Geliebte wohnte, und legte sich vor der Thür mit brennender Cigarre auf einen Strohsack. Dieser fing an zu brennen, er schlief trotz einer Brandwunde am Arm weiter und erwachte erst, als die Hausbewohner ihn umstanden und anriefen. Jetzt sprang er zum Fenster — aus dem dritten Stock — heraus! Er sah völlig verwirrt aus. Unverletzt, aber bewusstlos blieb er liegen. Als er am folgenden Tage zu sich kam, war vom Verlassen des Wirthshauses ab alles in seiner Erinnerung ausgelöscht. Wegen fahrlässiger Brandstiftung angeklagt, wurde er auf Grund des § 51 gemäss ärztlichem Gutachten freigesprochen.

Fall III. Ein nüchterner, sehr achtbarer Arbeiter athmete bei einer Kesselausbesserung Toluidindämpfe ein und bekam Toluidinspritzer auf Brust und Hände. Er wechselte die Kleidung nicht. Nach zwei Stunden fand man ihn scheinbar schlafend. Geweckt, taumelte er und gebärdete sich wie ein Tobsüchtiger. Er hatte hochgradige Athemnoth und unregelmässigen Puls, Blausucht, Delirien und Krämpfe. Der Urin war dunkelbraun, aber frei von Eiweiss, Zucker und Blut. Erst am folgenden Tage kam der Mann zu sich, war aber noch benommen. Am dritten Tage war er völlig klar, hatte keine Erinnerung an seinen Krankheitszustand. Jetzt setzten starke Harnbeschwerden ein: Heftiger Harnzwang bestand, der Urin enthielt viel Eiweiss und war sehr spärlich, die Körperwärme herabgesetzt. Nach 3 Wochen war die Heilung vollständig.

Fall IV. Ein Arbeiter im Binitrobenzol-Raum vernachlässigte die vorgeschriebenen Schutzmassregeln. Darauf stellte sich Blausucht, Kopfschmerz und Hitzegefühl ein. Für 2 Tage wurde der Kranke bewusstlos. Die Milz schwoll an, Blutfarbstoff ging in den Harn über. Wiederum war Heilung in drei Wochen erzielt.

Vorläufig schliesst Verf. an seine Mittheilungen folgende Leitsätze an:

Die Abkömmlinge des Benzols und Toluols sind giftig. Sie wirken auf das Centralnervensystem und die Kreislaufsorgane. Reine Blutgifte sind sie nicht. Früherer Alkoholmissbrauch verstärkt die Anlage zur Vergiftung. Versteckte Vergiftungen können durch hinzutretende Schädlichkeiten (Alkohol) offenbar werden, die daher unbedingt zu vermeiden sind. Besonders gefährlich ist die Beschäftigung mit diesen Stoffen nicht, wenn bestimmte Vorsichtsmassregeln gebraucht werden: Ausgiebige Lüftung der Arbeitsräume, Dichtigkeit der Gefässe, bei eintretenden Verunreinigungen der Arbeiter mit den Giften sofort Bad bezw. Kleidungswechsel. Bei Eintritt einer Vergiftung ist sofort ein warmes Bad zu geben, frische Luft zuzuführen, jedes alkoholische Getränk zu vermeiden, dafür aber Kaffee zu verabfolgen.

Chloroform- und Karbolsäurevergiftung.

Von Med.-Rath Dr. Leonpacher-Trautenau.

(Friedreichs Blätter. 1900. No. 2.)

1. Ein kräftiger Strafgefangener in mittleren Jahren trank 20 gr Chloroform, das er mit Olivenöl vermischt zum Einreiben bekommen hatte (wahrscheinlich nicht aus Lebensüberdruss, sondern aus Naschhaftigkeit). Bald darauf wurde er sehr vergnügt, fing an zu singen und zu johlen, wurde aber immer verwirrter und verlor schliesslich das Bewusstsein. Dann traten erst Muskelkrämpfe, nachher allgemeine Erschlaffung mit Aufhebung der Pupillenreflexe, Schwäche und Verlangsamung des Pulses ein. Die Halsblutadern schwollen an, das Gesicht wurde bläulich, die Augäpfel wichen nach aussen ab. Würgbewegungen und Erstickungsanfälle traten mehrmals auf. Zwei Stunden lang musste die Zunge hervorgezogen werden, weil sonst sofort die Athmung stillstand. Immer kühler wurden die Gliedmassen, immer welker die Haut. Angeblich wurde durch die Zusammenziehung der Kiefermuskeln und durch die Würgbewegungen eine Magenspülung verhindert. Kampfer wurde subcutan, Ricinusöl mit etwas Crotonöl durch Klystier verabfolgt.

Die Reaktion der rechten Pupille war es, die zuerst wiederkehrte. Bald darauf trat Erbrechen und Stuhlgang ein, nach und nach kehrte das Bewustsein wieder. Kopfschmerzen, Brennen im Halse und unter dem Brustbein, wozu sich noch ein rechtsseitiger Luftröhrenkatarrh gesellte, waren die einzigen Folgezustände der Vergiftung.

Eine schwerere Schädigung der Magenschleimhaut war wahrscheinlich durch die Oelbeimischung verhindert worden.

2. Einem Kinde von $1^3/_4$ Jahren wurden in verbrecherischer Absicht etwa zwei Kaffeelöffel einer dreiprozentigen Karbolsäurelösung eingegeben. Alsbald brach es zusammen und erblasste. Dann erst fing es an zu jammern. Eine halbe Stunde später fing es an zu brechen und verfiel hierbei immer mehr, bis es in einen schlafsüchtigen Zustand gerieth. Es starb etwa sechs Stunden nach der Vergiftung trotz ärztlicher Massnahmen unter Herzschwäche und Muskelkrämpfen.

Die Leiche hatte keinen Fäulnissgeruch, aber auch keinen deutlichen Geruch nach Karbolsäure. Von der im Erbrochenen noch nachweisbar gewesenen Karbolsäure war im Magen- und Darminhalt nichts mehr vorhanden, dagegen in dem abgeschabten Belage der Mundschleimhaut. Die sichtbaren Aetzwirkungen waren gering, nur eine Drüsenschwellung in der Zunge, eine leichte Aetzung des Gaumensegels und Kehldeckels, starke Füllung der Darmgefässe und Schwellung der Peyerschen Haufen bestand. In der Pförtnergegend des Magens sah man einzelne punktförmige Blutungen, die Gekrösdrüsen waren geschwellt. Auf der Leberoberfläche fanden sich milchig getrübte Stellen, innerhalb derselben und auf dem Durchschnitt gelbe Flecke. Die Nieren waren vergrössert und blutreich.

Durch die grosse Verdünnung der Säure waren die sonst so bezeichnenden Aetzungsvorgänge fast ganz hintangehalten worden. Im Darm und Magen fand sich kein Phenol mehr, weil es theils durch Erbrechen beseitigt, theils verflüchtigt, theils endlich in chemische Verbindung mit den Gewebssubstanzen eingegangen war. Bei der Sektion hätte eigentlich nur der Nachweis von Karbolsäure im Mundbelage die Todesursache festzustellen erlaubt. Freilich war ja zu Lebzeiten der Karbolgeruch aus dem Munde ärztlich festgestellt, und auch das Erbrochene hatte Karbol enthalten.

Ueber den heutigen Stand unserer klinischen Kenntniss des Alkoholismus.

Von Dr. A. Smith-Schloss Marbach a. Bodensee.

(Der Alkoholismus, 1. Heft, 1900.)

Der als Kämpe gegen den Alkoholismus in weiteren Kreisen bekannt gewordene Autor giebt in dieser Arbeit, welche einem zu Paris im Auftrage des VII. internationalen Kongresses gegen den Missbrauch geistiger Getränke gehaltenen Referate entspricht, ein ausführliches Bild vom heutigen Stande unserer klinischen Kenntniss des Alkoholismus. Er erörtert zunächst die physiologische Wirkung des Alkohols auf den menschlichen Organismus und bespricht alsdann die objektiv nachweisbaren krankhaften Veränderungen und subjektiven Störungen, die der gewohnheitsmässige Genuss von Alkohol im Gefolge hat. Den Schluss der Arbeit bilden einige therapeutische Bemerkungen und die Aufforderung zur Bekämpfung

des Alkoholunfuges, der unseren heutigen Nationen die unberechenbarste Einbusse an körperlicher und geistiger Kraft, an Menschengesundheit und Menschenleben kostet. —y.

Gynäkologie.

Ein Fall von Coitusverletzung.

Von Dr. Ernst Gussmann-Stuttgart.
(Württemb. medizin. Correspondenzbl. No. 12, 1900.)

Verf. bereichert die Casuistik der Coitusverletzungen um einen weiteren Fall, in welchem es während der Brautnacht in Folge zu ungestümen Vorgehens zu einem Einriss ins Hymen kam, der sich in einer Länge von ungefähr $1^1/_2$ cm in das Gewebe der Scheide fortsetzte. Die Verletzung führte zu einer länger dauernden, erheblichen Blutung, die erst nach Anlegung von zwei tiefgreifenden Seidenähten stand. -y.

Schädelverletzung bei engem Becken.

Von Dr. Herrmann-Breslau.
(Allgem. medizin. Central-Ztg. No. 14, 1900.)

Bei einer 30jährigen VIII para musste wegen Hinterscheitelbeineinstellung bei engem Becken gewendet und extrahirt werden. Das leicht asphyktisch geborene Kind trug eine tiefe trichterförmige Impression des rechten Scheitelbeines davon, die aber ohne weitere schädlichen Folgen blieb. Verf. erörtert bei Gelegenheit dieser Mittheilung die Frage, woher es kommt, dass bei ganz gleichen Relationen zwischen Kopf und Becken das eine Mal eine tödtlich verlaufende Fissur oder Fraktur, das andere Mal nur eine Impression mit gutem Ausgange für das Kind entsteht. Die Annahme einer verschiedenen Biegsamkeit der Knochen genügt nicht zur Erklärung dieser auffallenden Thatsache; Verf. glaubt den äusseren Druck, dessen man bei jeder schweren Entwickelung des nachfolgenden Kopfes bei engem Becken benöthigt, dafür verantwortlich machen zu müssen. Wirkt der äussere Druck in einer falschen Richtung, d. h. mehr nach unten, bei der liegenden Frau in einem sehr spitzen Winkel zur Horizontalen, so wird er den in seiner Basis im Beckeneingang stehenden Kopf in der Richtung vom Scheitel zur Basis zusammendrücken, die Querdurchmesser also vergrössern und einer Abflachung des Scheitelbeines direkt entgegenarbeiten. Man braucht also zur Ueberwindung des Beckeneinganges eine viel zu grosse Kraft, deren Resultat eine tödtlich verlaufende Fissur sein kann. Wirkt der Druck von aussen dagegen richtig, d. h. wird der Kopf in der Richtung der Beckeneingangsachse steil nach hinten gedrückt, so muss die Kraft mehr am vorderen Scheitelbein angreifen, die Querdurchmesser werden also kleiner, die Abflachung des Scheitelbeines wird begünstigt. Man braucht also eine geringere Kraft zur Extraktion und hat dann auch eine geringere und weniger gefährliche Verletzung zu gewärtigen, statt einer Fissur oder Fraktur eine mehr oder weniger ausgesprochene Impression. -y

Tod des Kindes durch Zerreissung von Gefässen der velamentös inserirenden Nabelschnur.

Von Gottfried Volland.
(Diss. inaug. Marburg 1900.)

Verf. bringt einen hierher gehörigen Fall aus der Marburger Klinik, einen zweiten wo ein vas aberrans einer insertio marginalis gerissen war und aus der Literatur 13 bezügliche Fälle. Er führt die verschiedenen Erklärungen für die Abnormität an und betont die Schwierigkeit der Diagnose, die meist erst durch Beseitigung der Nachgeburt gestellt wird. Schwarze.

Zur Kasuistik der Beckenverletzungen bei künstlichen Geburten.

Von Felix Bonsmann.
Diss. inaug. Würzburg 1899.

Im Anschluss an einen Fall von künstlicher Frühgeburt bei rachitisch platten Becken, bei dem nach Wendung und Extraktion eine Symphysenruptur eintrat, bespricht Verf. die Beckenverletzungen bei Entbindungen, unter denen er die Symphysenverletzungen als die häufigsten bezeichnet. Er hält sich dabei hauptsächlich an die Arbeit von Braun-Fernwald ohne Neues zu bringen. Schwarze.

Augen.

Ueber den Zusammenhang zwischen Skrophulose und Trachom.

Von Dr. Bäck-Gleiwitz.
(M. M. W. 1900, No. 8.)

Das Trachom tritt häufig in Verbindung mit den sogenannten skrophulösen Augenerkrankungen auf und hat ausserdem mit denselben eine gewisse klinische Aehnlichkeit. Das genügt, um zu vermuthen, dass beide Krankheitsarten auf ein gleiches ursächliches Moment zurückzuführen sind.

Zwischen dem Pannus scrophulosus und dem Pannus trachomatosus besteht oft eine solche Aehnlichkeit, dass sie besonders anfangs kaum zu unterscheiden sind.

Die Körnchen- oder Follikelbildung in den Bindehäuten ist nicht durchaus kennzeichnend für das Trachom, oder, wie Verfasser sich schöner ausdrückt, nichts trachomotypisches. Das „Bild der Körnchenbildung" kann durch sehr verschiedene Bakterienwirkungen hervorgerufen werden.

Nach Herrn Bäcks eigenen Untersuchungen kommt das Trachom fast immer bei Leuten vor, welche einen skrophulösen Habitus aufweisen. Wie nun nach Axenfeld die skrophulösen Augenkrankheiten nicht durch eine einheitliche Spaltpilzart hervorgerufen werden, ebenso wird nach Bäck das Trachom nicht durch eine einheitliche Art von Spaltpilzen hervorgerufen, sondern alle möglichen Bakterien, die überhaupt eine Bindehautentzündung erzeugen, können bei den Menschen, die dazu veranlagt sind, d. h. bei den skrophulös veranlagten überhaupt, die Entstehung des Trachoms bewirken.

Und weiter verkündet Herr Dr. Bäck: Er selber habe versucht, sich mit Trachom zu inficiren — wie, verschweigt er — und es sei ihm nie gelungen. Leichten Herzens folgert er: „Wer nicht dazu disponirt ist, bekommt kein Trachom, trotz Infektion. Und wer dazu disponirt ist, bekommt es, wenn er sich auch noch so sehr davor zu schützen sucht." Ausgerottet kann das Trachom weder durch den Kupferstift noch durch die Isolirung, sondern nur durch eine Besserung der sozialen Verhältnisse werden.

Mit diesen prophetischen Worten schliesst Herr Dr. Bäck seine Arbeit, deren reicher Inhalt auf etwas mehr als eine Folioseite zusammengedrängt ist. Ihre kritische Würdigung überlassen wir getrost unsern Lesern.

Das Trachom in der Ostschweiz.

Von Dr. C. Bauer, erstem Assistenten der Universitäts-Augenklinik in Zürich.
(Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1900. No. 9.)

Die Schweiz gehört nicht zu den Ländern, in denen das Trachom heimisch ist. Sehr wenige Fälle sind in Bern und Basel, erheblich mehr nur in dem an Italien grenzenden Kanton Tessin beobachtet. Ueber die Ostschweiz fehlten bis jetzt Aufstellungen.

Die Züricher Klinik, deren Kranke sich vorzugsweise aus der Ostschweiz, d. h. aus einem durchschnittlich 400 m über dem Meere belegenen Gebiet rekrutiren, hatte unter etwa 9000 Patienten 1862 bis 1880 **zwanzig** Trachomatöse. Hiervon waren 12 Ausländer. Von den 8 Schweizern waren 2 sicher im Auslande angesteckt, über die Uebrigen fehlen genauere Nachrichten. Etwa 56000 Krankengeschichten fallen auf die Zeit von 1881 bis 1899 incl. In dieser Zeit wurde 133 mal Trachom beobachtet, nämlich 117 mal bei Ausländern (davon 93 Italiener), und nur 16 mal bei Schweizern, von denen sich wieder 8 die Ansteckung im Auslande geholt hatten. Eine genaue Prüfung der übrigen 8 Krankengeschichten ergab, dass in zwei Fällen die Diagnose nicht ganz feststand, in zwei anderen die Kranken mit Italienern viel zu thun hatten. Das Trachom ist also in der Ostschweiz sehr selten (höchstens 0,15 ‰ aller Augenkranken). Klinisch scheint es meist ziemlich gutartig zu verlaufen. Die Ansteckungsgefahr, die von den Italienern droht, wird dadurch sehr verringert, dass Jene sich meist von der übrigen Bevölkerung abseits zu halten pflegen.

Ohren.

Weitere Beiträge zur Kenntniss der Wirkung des Küstenklimas, des Inselklimas und der Seebäder auf Ohrenkrankheiten und auf die Hyperplasie der Rachenmandel.

Von Prof. O. Körner-Rostock.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVI. Band, 3. Heft.)

Auf Grund von Untersuchungen in Gross-Müritz an der Ostsee im Jahre 1898 und 1899 kommt Körner zu dem interessanten zahlenmässigen Beweis der allerdings schon früher bekannten Thatsache, dass die Rachenmandelhyperplasie an unserer Küste häufiger ist als im Binnenlande. Weiter kommt er zu dem für den ärztlichen Praktiker recht wichtigen Schluss, dass die Beschwerden einer grossen Anzahl der von ihm untersuchten Kinder, die mit der Diagnose „allgemeine Schwäche, Atrophie, Skrophulose, Anämie oder Chlorose" in das See-Hospiz zu Müritz geschickt worden waren, lediglich auf die Hyperplasie der Rachenmandel zurückzuführen waren. Solche Kinder gehören nicht in die Seehospize, wo sie anderen, bedürftigeren den Platz wegnehmen; ihnen ist durch Entfernung der Mandel viel besser, schneller und billiger zu helfen.

Die Kinder mit Rachenmandel nahmen durchschnittlich weniger an Gewicht zu als die ohne Rachenmandel. — Ueberraschend ist die Thatsache, dass die offenen Seebäder bei Kindern mit trockenen Trommelfellperforationen trotz Unterlassung jedes besonderen Schutzes kein Wiederauftreten der Ohreneiterung herbeiführten.

Aus seinen Untersuchungen an 298 Kindern in Helgoland hat Körner keine allgemeinen Schlussfolgerungen gezogen.

Richard Müller.

Hygiene.

Die Bedeutung der Molkereien für die Verbreitung des Unterleibstyphus.

Von Dr. Schlegtendal.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Bd. 32. Heft 2.

Nach einer Besprechung der Bedeutung der Milch als Vermittler der Verbreitung ansteckender Krankheiten, speziell des Unterleibstyphus, in Bezug auf die einzelne Milchbezugsquelle, erfahren die Sammelmolkereien, die die Milch verschiedener Ställe und Lieferanten benutzen, und deren Bedeutung für die Verbreitung des Unterleibstyphus eine eingehende Besprechung.

Dass diese Gefahren hier in Folge der grösseren Ausbreitung des Kundenkreises von vornherein grössere sein müssen, liegt auf der Hand. Es kommt hinzu, dass die ersten derartigen Fälle in der Regel nur zu leichteren Erkrankungen zu führen pflegen, die aber im weiteren Verlauf nicht selten zu ausgedehnten und mitunter auch bösartigeren Haus- und Ortschaftsepidemien Anlass geben. Als Beweis hierfür findet eine Reihe solcher Epidemien aus der Literatur Erwähnung. Im Anschluss hieran giebt der Verfasser eine Besprechung zweier ausgebreiteter Typhusepidemien aus dem Regierungsbezirk Aachen, die im letzten Jahrzehnt zur Beobachtung kamen und die gleichfalls auf den Kundenkreis der betreffenden Sammelmolkereien sich beschränkten.

Die zweite dieser Epidemien war dadurch bemerkenswerth, dass erstens auf der einen Seite alle Ortschaften der Bürgermeisterei, die sich an der Molkereigenossenschaft betheiligt hatten, mit nur einer Ausnahme von der Seuche ergriffen wurden, und dass auf der anderen Seite, wiederum nur mit einer Ausnahme, die Ortschaften, in denen keine Genossenschafter wohnten, davon frei blieben und zweitens, dass in den befallenen Ortschaften der ersteren Art die Erkrankungsfälle ausnahmslos bei den Molkereilieferanten auftraten.

Mit den vom Verfasser beobachteten Fällen sind es im Ganzen 27 grössere oder kleinere Typhusepidemien, die der Verfasser mit fast absoluter Sicherheit auf eine Molkerei als Ausgangs- oder vielmehr Ausstreuungspunkt zurückführt.

Ueberwiegend waren dies solche Sammelmolkereien, welche die Milch zur Butterbereitung verarbeiten und die Magermilch den Lieferanten zurückgeben, während die Milchmeiereien, welche die Milch abgeben, besonderen Werth darauf legen müssen, gute und einwandsfreie Milch zu liefern und desshalb häufig den Betrieb so geregelt haben, dass die eingelieferte Milch vor der Weitergabe einem Sterilisirungsverfahren unterworfen wird.

Der Charakter der Epidemien war meist ein leichter, was sich daraus erklärt, dass, wenn die infizirte Milch nur eines Lieferanten in die Molkerei gelangt, die Typhuskeime in dem Meer des mit eingelieferten Milchquantums so vertheilt werden, dass die Menge, wie sie nachher bei dem einzelnen Magermilchtrinker zum Genuss gelangt, nicht sehr beträchtlich sein kann. Wiederholt konnte auch festgestellt werden, dass in den Häusern, in denen die Milch regelmässig abgekocht wurde, oder wo die Magermilch ausschliesslich zur Verfütterung an das Vieh benutzt wurde, keine Typhuserkrankungen auftraten, wohl aber in Häusern, wo nachweislich die Magermilch roh genossen wurde. Bei der Besprechung der vorbeugenden Massnahmen wird auf die Schwierigkeit hingewiesen, die sich einer Verhütung der Infektion im Hause des Lieferanten oder des Abnehmers entgegenstellen. Ein sicherer Erfolg ist nur zu erwarten, wenn die gesundheitspolizeilichen Massnahmen in der Molkerei selber getroffen werden. Zum Schluss seiner beachtenswerthen Ausführungen stellt der Verfasser folgende Forderung:

Weil nachgewiesenermassen zahlreiche Typhusepidemien durch Molkereien verursacht worden sind, weil ferner die Zahl der Molkereien noch in steter Zunahme begriffen ist und damit die Gefahr für das öffentliche Wohl entsprechend wächst und weil die jedesmalige Pasteurisirung der ganzen Milch in der Molkerei ebenso gut andere Menschen- und Viehseuchen verhindert, wie den Typhus, so ist es nothwendig, die baldigste Einführung dieses Verfahrens ins Auge zu fassen und seine obligatorische Durchführung, sobald als möglich, im ganzen Reiche zu verfügen.

Roth (Potsdam.)

Beziehungen zwischen dem Chlor- und Salpetersäuregehalt in verunreinigten Brunnenwässern bewohnter Ortschaften.

Von J. König in Münster in W.

(Zeitschrift f. Unters. d. Nahrungs- und Genussmittel, April 1900.)

Zwischen dem Chlor- und Salpetersäuregehalt verunreinigter Brunnenwässer in bewohnten Ortschaften besteht durchweg eine Beziehung, die sich leicht dadurch erklären lässt, dass die in den Boden dringenden häuslichen Abgänge neben Stickstoff auch gleichzeitig viel Kochsalz zu enthalten pflegen. Da der Stickstoff, soweit er noch nicht in Form von Ammoniak vorhanden ist, erst in Ammoniak und weiter in Salpetersäure übergeführt, letztere aber in Form von Nitraten, ebensowenig wie Chlor in Form von Chloriden, vom Boden absorbirt wird, so erhöht sich, falls eine Verunreinigung von Brunnen-, (d. h. Grund-) Wasser durch solche Abgänge vorliegt, der Gehalt derartig verunreinigter Brunnenwässer gleichzeitig an Chlor und Salpetersäure. Verf. führt einige Beispiele zum Belege für diese noch nicht genug gewürdigte Erscheinung an. Auch der Gehalt an Schwefelsäure pflegt mit der Zunahme an Salpetersäure und Chlor, wenn auch nicht stets in genauem, gleichem Verhältnisse, so doch im Allgemeinen regelmässig anzusteigen. Der Gehalt an organischen, durch Kaliumpermanganat oxydirbaren Stoffen dagegen zeigt grössere Unregelmässigkeiten und kann in einem verunreinigten, an Nitraten, Chloriden und Sulfaten reichen Brunnenwasser mitunter gering sein. Auch die Anzahl der Bakterien steht durchaus nicht immer in einem Verhältniss zu dem Grade der Verunreinigung eines Brunnenwassers durch die angeführten Salze. Ein einseitig hoher Gehalt des Brunnenwassers an einem der Salze lässt selbstverständlich keinen Rückschluss auf eine Verunreinigung des Wassers durch häusliche Abgänge zu; denn nicht selten sind die Boden- und Gebirgsschichten, welche das Regenwasser durchfliesst, reich an löslichen Sulfaten oder Chloriden, und kann auch ein natürliches, nicht verunreinigtes Grundwasser reich an beiden oder an einem der beiden Salze sein. Selbst an Salpetersäure kann ein Grundwasser mitunter einseitig reich sein, ohne dass dieses in menschlichen Abgängen seine Ursache hat. Wenn aber ein Brunnenwasser neben einem verhältnissmässig hohen Gehalt an Salpetersäure gleichzeitig einen hohen Gehalt an Chlor und auch an Schwefelsäure aufweist, so kann man nach Verf. mit fast an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit schliessen, dass der Brunnen Zuflüsse aus entweder mit menschlichen oder thierischen Abgängen verunreinigtem Boden erhält, einerlei ob die Verunreinigung des Bodens aus neuerer oder früherer Zeit herrührt. Dass bei Beurtheilung dieser Frage die örtlichen Verhältnisse berücksichtigt werden müssen, liegt auf der Hand. Denn was für das eine Grundwasser noch natürlich ist und keine Verunreinigung des Bodens anzeigt, das kann in anderen Fällen schon eine Verunreinigung bedeuten. -y.

Ueber einen milchfreien Butterersatz.

Von San.-Rath Dr. L. Fürst-Berlin.

(Die ärztliche Praxis No. 5, 1900.)

In jüngster Zeit kommt unter der Bezeichnung „Sana" ein Speisefett in den Handel, das, wie es scheint, nicht nur in national-ökonomischer, sondern auch in hygienischer Hinsicht Interesse verdient. Verf. kommt nach seinen bisherigen Beobachtungen und Erfahrungen über den Werth des Produktes zu folgendem Urtheil: 1. Der nach Liebreich-Michaelis hergestellte milchfreie Butterersatz (Sana) ist ein schmackhaftes, unschädliches und bekömmliches Ersatzmittel für eine nicht zweifellos bakterienfreie Naturbutter. 2. Sana wird von Kindern und Erwachsenen sowohl roh, als auch in den üblichen Bereitungen gern genommen und gut vertragen. 3. Sana eignet sich als billiger Ersatz der Naturbutter unbedenklich zur Volks- und Massenernährung. Im Anschluss an dieses Urtheil fordert F., dass der zur Margarine verwendeten Milch seitens der Gesundheitspolizei vollste Beachtung geschenkt wird. —y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neunundzwanzigster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Schluss.)

Franz König (Berlin). Wandlung in der chirurgischen Technik der Gelenkoperationen. K. spricht nur über die letzten zehn Jahre und legt dar, in wie weit wir während dieser Zeit weiter gekommen sind. Die letzte Wandlung auf diesem Gebiete, die allzu verbreitete Anwendung von Stützapparaten nach dem Modell von Tutor etc., hat er nicht mitgemacht, weil er die Ansicht vertritt, dass diese in vielen Fällen angewendet werden, in denen sich operativ mehr erzielen lässt.

Der Fortschritt in der Sicherheit der Operation erhellt am besten aus den guten Resultaten, welche heutzutage die Resektion, die Patellarnaht, die Gelenkeröffnung zur Fremdkörperextraktion und wegen Derangement des Gelenkes bei schweren Verletzungen geben. Bezüglich der Technik ist es von grösster Wichtigkeit, ohne Handgebrauch und mit Blutleere zu operiren. Dadurch unterstützen wir unser Sehen und die Asepsis.

Den grossen Vortheil, welchen die Röntgenphotographie für die Fremdkörper-Diagnose in den Gelenken versprach, hat sie nicht gebracht. Häufig glaubte er auf Grund des Röntgenbildes einen Fremdkörper annehmen zu müssen, wo keiner war, und umgekehrt. Am Kniegelenk z. B. findet häufig eine Täuschung statt durch Verknöcherungen im Semimembranosus und durch Verkalkungen im Ligament. patellae.

In der Mehrzahl der Fälle von schwerer Gelenkeiterung ist man von der alten Drainagemethode zurückgekommen. Heute pflegt man alle schweren Eitergelenke, besonders solche mit hohem Fieber, durch grosse Schnitte von der Aussen- und Innenseite zu eröffnen. An und für sich erleidet die Mobilität dadurch keine Einbusse.

Es giebt eine Infektion der Gelenke durch Gonococcen, welche die Synovialmucosa befällt. Wenn man da incidirt, sieht die Mucosa aus wie Speck, im Gelenke selbst befindet sich gar keine Flüssigkeit. Das sind die eigentlichen neuralgischen Gelenke und die, welche ohne Operation fast regelmässig der Verödung unterliegen.

Bei diesen wirkt aber gerade das Aufschneiden verblüffend, indem der Schmerz fast im Moment aufhört. Eine Anzahl von diesen Gelenken wird sogar noch mobil, eine Anzahl dagegen steif, namentlich solche bei denen schon der Knorpel zerstört ist.

Wenn die seitlichen Schnitte bei schweren Eitergelenken nicht zum Ziele führen, dann ist die quere Eröffnung des Gelenkes mit Durchtrennung des Ligament. patellae noch immer möglich.

König führt einen Patienten vor, bei dem etappenmässig nach den geschilderten Methoden operirt wurde, zuerst Drainage, dann seitliche Schnitte, dann quere Eröffnung des Gelenkes ausgeführt wurden. Derselbe bietet jetzt ein gutes funktionelles Resultat.

Die schweren Fälle von Arthritis deformans machen dem Chirurgen oft grosse Sorgen, besonders bei schweren Hüft-

gelenkerkrankungen. Es ist zuweilen die Schwierigkeit der Diagnose bei diesem Leiden betont worden. K. sagt, es giebt gar keine typischere Erkrankung. Ihre frühesten Formen treten in den vierziger und fünfziger Jahren auf, der Schenkelkopf bewegt sich dann in zweifelhaften Bahnen und die Rotation des Oberschenkels hört auf. Kopf und Hals wachsen nach aussen. Dazu kommen unerträgliche Schmerzen. In solchen Fällen kann man nur durch Resektion des Kopfes einen Erfolg erzielen.

In der Diskussion erwähnt Franke, er habe schon früher darauf hingewiesen, dass man auch schwere Eitergelenke unter Umständen durch einfache Punktion und Ausspülung mit antiseptischen Flüssigkeiten zur Ausheilung bringen könne. Auf diesem Wege habe er ein vereitertes Schultergelenk, welches die Metastase eines Karbunkels gewesen, zur Ausheilung gebracht.

Schede sagt, dass das, was Franke erwähnt, bis zu einem gewissen Grade die Regel sei. Wenn man z. B. ein vereitertes Kniegelenk mit einem dicken Troicart punktire und mit Kochsalzlösung ausspüle, während man es leise bewegt, erziele man fast immer Heilung.

König erklärt, dass auch er Eitergelenke oft punktire und auch damit gute Erfolge erzielt habe, sein Vorschlag zur breiten Eröffnung der Eitergelenke von der Aussen- und Innenseite beziehe sich nur auf die schweren Eitergelenke, besonders mit Fieber, welche der Punktionstherapie nicht mehr zugänglich seien.

v. Eiselsberg (Kiel) stellt eine Fingerplastik vor. Nach dem Verfahren Nicoladonis, welcher einen verloren gegangenen Daumen durch die grosse Zehe derselben Seite ersetzte, hat er den verloren gegangenen Zeigefinger durch die zweite Zehe ersetzt.

Er hat zu diesem Zwecke die zweite Zehe etwas centralwärts von der Articulatio metacarpophalangealis frei gelegt und dann zuerst die Flexorensehnen vernäht. Später wurden die Extensorensehnen vernäht. Die Heilung ist reaktionslos erfolgt, das kosmetische Resultat ist ein gutes. Seit der Operation sind erst 2 Monate vergangen, so dass die Beweglichkeit für später noch eine bessere zu werden verspricht, wie sie jetzt ist, da gegenwärtig nur eine Beugung und Streckung im Metacarpophalangealgelenke stattfindet.

Bunge (Königsberg) demonstrirt einige Patienten, an denen Unterschenkel-Amputationen nach der Bier'schen Methode (Verschluss der Markhöhle des Amputationsstumpfes durch osteoplastische Deckung) ausgeführt worden sind. Alle Patienten hatten sehr gute tragfähige Stümpfe, auf die sie sich direkt in ihren Prothesen stützen konnten.

In der Diskussion erwähnt Nötzel auf Grund seiner Erfahrungen in der v. Eiselsbergschen Klinik, dass die Patienten in der Regel nach 3 Wochen gehen konnten. Die Methode ist auch bei nicht ganz aseptischen Fällen und bei Arteriosclerose ausführbar. Sie wurde ferner mit Erfolg bei Oberschenkelamputationen geübt. Das Loos der Amputierten wird durch diese Methode nicht unwesentlich gebessert und ermöglicht die Benutzung ganz einfacher Prothesen.

Reichel (Chemnitz) demonstriert die von einem Falle von Chondromatose des **Kniegelenks** bei der Resektion erhaltenen Gelenkflächen, die von zahlreichen knorpligen Excrescenzen bedeckt sind und dem Patienten hochgradige Schmerzen bereitet hatten.

Bessel-Hagen (Charlottenburg). Ein Beitrag zur Splenectomie.

Die Zulässigkeit der Milzexstirpation ist jetzt unbestritten, seitdem ihre Ausführbarkeit durch das Thierexperiment und die Erfahrungen beim Menschen erwiesen ist. Es hat sich sogar gezeigt, dass das Fehlen der Milz selbst beim Auftreten der Infektionskrankheiten keinen Schaden bringt. Es betrug noch im Jahre 1884 die Mortalität bei Milzexstirpationen 34 Prozent, während sie in den letzten 6 Jahren auf 18 Prozent heruntergegangen ist.

Indikationen zur Milzexstirpation sind: schwere Milzverletzungen, bösartige Geschwülste, grosse Wandermilzen und Milzeiterungen. Bei Malaria und idiopathischen Milzhypertrophieen sind Exstirpationen nicht selten gemacht worden.

Bessel-Hagen meint, man sei aber auch bei anderen Erkrankungen sofort zur Milzexstirpation berechtigt, wenn Kachexie eintrete. Wegen hypertrophischer Malariamilz wurden nach seiner Zusammenstellung 84 Fälle operirt, davon starben 13. Von diesen kommen 10 auf einen englischen Operateur allein, während die übrigen zusammen nur 10 Prozent Mortalität hatten.

Wegen idiopathischer Milzhypertrophie sind im Ganzen 13 operirt und davon ist 1 gestorben also = 7 Prozent Mortalität.

Da die Lebercirrhose eine Folge des Milztumors ist, kann eine frühzeitige Operation des Milztumors das wichtige Organ vor Verderben schützen. Unter 15 Fällen von Milztumor hatte er selbst 3 Todesfälle.

B.-H. stellt dann eine Frau vor, welche als Kind in einer Malariagegend gewohnt hatte. Sie besass einen dicken Leib und bei einem Milztumor Zeichen für Störungen in den Unterleibsorganen.

Bei der Laparotomie zeigten sich alle Venen im Ligamentum gastrocolicum stark geschwollen, und die Leberoberfläche granulirt. Der herausbeförderte Milztumor wog 2050 g.

Der Verlauf war ein günstiger. Am zweiten Tage nach der Operation entwickelte sich eine Aether-Pneumonie. Einige Tage danach verschwand das Caput medusae auf der Bauchhaut und ebenso die Albuminurie. Zuerst hatte sich auch eine Verminderung der rothen und eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen eingestellt, Verhältnisse die sich aber bald ausglichen.

Brentano (Berlin) stellt einen geheilten Fall von Pankreasnekrose vor. Er hatte zuerst einen intraperitonealen Abcess angenommen und nach einer Probepunktion die 9. linke Rippe resecirt. Es entleerte sich dann nach der Incision eine grosse Menge Eiter, welcher mit nekrotischen Gewebs-Fetzen gemischt war. Die Wundhöhle wurde mit Jodoformgaze drainirt. B. glaubte, einen subphrenischen Abscess eröffnet zu haben und erstaunte, als sich am 16. Tage ein grösseres nekrotisches Gewebsstück entleerte, welches sich als Pankreas erkennen liess. Im Sekret der Wunde gelang es ferner, Pankreasfermente nachzuweisen. Patientin verliess dann gegen ärztlichen Rath das Krankenhaus. Es traten aber später bei ihr wieder Koliken und ileusartige Symptome auf, die sie ins Krankenhaus zurückführten. Es hatte sich links wieder eine Dämpfung entwickelt und konnte wieder operativ eine grössere Eiteransammlung beseitigt werden. Der Urin enthielt damals, nach der 1. Operation, 6 Prozent Zucker, jetzt nach der 2. $2^1/_2$ Prozent, Polyurie und Fettstühle bestanden nicht. Ob eine Fettnekrose im Netze bestanden hat, lässt sich nichts mit Bestimmtheit sagen.

Der Fall ist insofern ein Unikum, als fast das ganze Pankreas nekrotisch geworden ist. Wahrscheinlich hat ursprünglich ein Magengeschwür vorgelegen, welches perforirt ist und dann die Nekrose hervorrief.

Die Operation bei Pankreasnekrose kann nur dann von Erfolg sein, wenn das akute Stadium überstanden ist.

Gluck (Berlin) stellt einen geheilten Radiusdefekt mit Klumphand vor, bei dem er eine Längsspaltung der

Ulna nach dem Bardenheuerschen Verfahren ausgeführt hatte. Die Flexoren hatten durchschnitten werden müssen, weil es nur dadurch gelang, die hochgradige Beugekontraktur zu lösen.

Angerer (München). Ueber Operationen wegen Unterleibskontusionen. A. hat in den letzten 4 Jahren 9 mal eine Darmperforation nach Kontusion des Bauches erlebt, von denen nur 2 geheilt wurden. Prognostisch am wichtigsten ist die Zeit, welche zwischen der Verletzung und der Operation vergangen ist. Bei Schuss- und Stichwunden ergiebt sich ein sofortiger operativer Eingriff von selbst. Anders ist es bei subkutanen Verletzungen, welche die Nieren, die Leber etc. betroffen haben und die sehr komplizirt und gefahrvoll werden, wenn sie mit einer Darmruptur einhergehen. Es ist hier einerseits die Diagnose sehr schwierig, andererseits eine Spontanheilung ohne Operation nicht ausgeschlossen. Die objektiven und vor Allem die subjektiven Symptome können sehr leicht täuschen und wechseln in wenigen Stunden. Durch die unmittelbar nach der Verletzung merkwürdig kraftvoll sich zeigenden Lebensäusserungen werden wir leicht irre geführt.

Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass ein Stoss gegen oder mit einem stumpfen Gegenstande, Deichselstoss, Hufschlag erfahrungsgemäss sehr gefährlich ist, wenn er senkrecht getroffen hat. Es tritt dadurch oft eine Ruptur der Darmwand auf, indem eine gefüllte Darmschlinge gegen die Wirbelsäule gepresst wird, ohne dass sich der Inhalt so schnell im Darm vertheilen kann. Der Shok an sich trägt zur Diagnose nicht bei. Hält er aber stundenlang an, dann handelt es sich nach Angerers Erfahrungen nicht mehr um wirklichen Shok, wir haben es dann mit dem Anzeichen für eine Verletzung innerer Organe und Austritt von Koth in die Bauchhöhle zu thun. Auch der Puls ist wenig massgebend. Oft ist er unmittelbar nach der Verletzung sehr beschleunigt, dann wird er wieder langsamer und mit dem Einsetzen der Peritonitis wird er wieder schneller. Zunahme der Pulsfrequenz und hohe Körpertemperatur kann man als Zeichen septischer Peritonitis ansehen. Zu achten ist ferner auf die Zahl der Respirationen und die Art der Einathmung. Erbrechen tritt oft früh und anhaltend auf; erbricht der Kranke häufiger, wie ein- und zweimal, dann muss man eine innere Verletzung annehmen. Schmerzen können zu Anfang ganz fehlen, sind sie aber vorhanden und nehmen sie zu, dann ist der Austritt vom Darminhalt wahrscheinlich. Von einer Morphiuminjektion zur Linderung der Schmerzen ist dringend abzurathen, weil sie das Bild verschleiert. Ein frühzeitiges Verschwinden der Leberdämpfung tritt nur auf, wenn die rupturirte Darmschlinge nahe an der Leber liegt; das Vorhandensein der Leberdämpfung spricht nicht gegen eine Darmruptur. Ebensowenig ist Meteorismus während der ersten sechs Stunden immer vorhanden, weil er erst nach Erschlaffung der fast stets zuerst auftretenden Darmkontraktur sich einstellt. In Folge der Darmkontraktion kann sogar an der Perforationsstelle die Schleimhaut ausgestülpt werden und so ein Verschluss stattfinden, wie es Trendelenburg in einem Falle neun Stunden lang beobachtet hat.

Sogar bei Querabriss des Darmes kann durch die starke Muskelkontraktion der Austritt einer grösseren Kothmenge verhindert werden, bis nach Lösung der Kontraktion durch Einsetzen der Peritaltik der Erguss in die Bauchhöhle erfolgt.

Blutige Stühle sprechen für einen Schleimhautriss im Darm ohne Perforation.

Angerer räth in allen zweifelhaften Fällen zur Laparotomie, da die Statistik zeigt, dass von 162 Fällen subkutaner Darmruptur nur elf gerettet wurden und von diesen einige noch später Fisteln bekamen. Shok gilt ihm nicht als Kontraindikation zur Operation, weil die shokartigen Symptome oft schon ein Zeichen der beginnenden Peritonitis sind und eine Aethernarkose auch im Shok dem Patienten keine Gefahr bringt. Verlegt man sich dagegen auf das Abwarten, bis deutliche peritonitische Symptome da sind, dann kommt man meist mit der Operation zu spät. Die Mehrzahl der Verletzten stirbt am zweiten und dritten Tage.

Man muss den Laparotomieschnitt von vornherein gross anlegen, damit man Netz und Querkolon nach oben schlagen kann und so die Gedärme wirklich übersieht. Reichliche Kochsalzinfusionen sind stets nöthig. Auch zur Reinigung der Därme benutzt man grosse Quantitäten steriler warmer Kochsalzlösung. Man soll die Därme abspülen und nicht zuviel betupfen. Ist bereits Peritonitis eingetreten, dann muss man die Därme zur gründlichen Reinigung eventriren.

Längsrisse, wenn sie eine grössere Ausdehnung haben, vereinigt man besser in querer Richtung, weil nicht selten eine Darmverengerung bei Längsnähten eingetreten ist. Ist der Darm quer durchrissen oder muss eine Resektion vorgenommen werden, so empfiehlt sich die Anwendung des Murphyknopfes. Im letzteren Falle muss man die Bauchwunde offen halten.

In der Diskussion bemerkt Rehn (Frankfurt), dass er einmal neun Stunden nach der Verletzung operirte, bei einem Falle, bei dem Alles für eine Perforation sprach und nichts fand, als eine tetanische Kontraktion des Darmes. Stolper (Breslau) beobachtete einmal bei einem Kranken, der hoch herabgefallen war, einen überaus schnell auftretenden Meteorismus, ohne dass eine Darmruptur stattgefunden hatte. Hahn (Berlin) warnt auf Grund seiner grossen Erfahrungen, bei Darmruptur durch Kontusion nur die Oeffnung im Darm zu verschliessen, weil oft zur Zeit der Operation noch nicht zu ersehen ist, wie weit sich die Schädigung des Darmes erstreckt hat. Er selbst macht in der Regel eine typische Darmresektion, indem er die ganze blutig imbibirte Darmpartie wegnimmt.

Petersen (Heidelberg): Ueber Darmverschlingung nach Gastroenterostomie.

P. verfügt über drei eigenartige Fälle von Darmverschlingung nach Gastroenterostomia retrocolica. In zwei Fällen war die Dünndarmschlinge mit der vorderen, in einem Falle mit der hinteren Magenwand vereinigt. In allen drei Fällen war der nach rechts gelagerte abführende Schenkel hinter den zuführenden nach links hindurchgeschlüpft durch den Ring, welcher gebildet wurde vom Magen, der hinteren Bauchwand und dem zuführenden Darmschenkel. Zweimal war fast der ganze Dünndarm der durchgetretenen Schlinge gefolgt. Dadurch hatte eine starke Torsion und Zerrung des Mesenterismus stattgefunden, welche zur Thrombose von Mesenterialvenen und zu einem Darminfarct führte.

Petersen nimmt auf Grund seiner Leichenversuche an, dass in dem Augenblick, in dem die beiden Hälften des Murphyknopfes zusammengefügt werden, der Operateur die vorher zur Frontalachse des Magens gelagerte Anastomosenschlinge derart verdreht, dass der abführende Schenkel statt nach rechts, mehr oder weniger nach hinten gelagert wird.

Um eine derartige Darmverschlingung zu verhüten, muss man den abführenden Schenkel exakt lagern und den zuführenden Schenkel möglichst kurz gestalten.

Hoffa (Würzburg) stellt drei Patientinnen vor, bei denen ein hochgradiger Schiefhals durch Extirpation des Sternocleidomastoideus mit sehr gutem Resultate geheilt wurde. Hoffa betont mit Recht, dass man bei hochgradigem Schiefhals oft mit der einfachen Durchschneidung nicht auskomme, besonders, wenn es sich um Patienten handele, die

sich einer regulären Nachbehandlung entziehen, welche bei dieser Methode nicht erforderlich ist.

Bunge (Königsberg). Zur Pathologie und Therapie der verschiedenen Formen der Gangraen an den unteren Extremitäten.

B. hat bei der Gangraen verschiedenster Ursache die Blutgefässe mikroskopisch untersucht und bei allen Formen Verdickungen der Intima mit reichlicher Neubildung von elastischen Fasern gefunden. Zum Theil waren die Sklerosen so hochgradig, dass man von einer Stenosirung und einem Verschluss der Gefässe sprechen konnte. Da die sklerotischen Plaques sich mit Vorliebe an den Abzweigungsstellen der Gefässe entwickeln, wird auch der Kollateralkreislauf behindert, so dass sich häufig an diesen Stellen Thromben entwickeln. Die Therapie kann in den meisten Fällen nur eine chirurgische sein. Schwierig ist dabei, den richtigen Zeitpunkt zur Operation zu finden. Es empfiehlt sich nicht, bei einem aufsteigenden Prozesse im Interesse einer guten Demarkation zu lange zu warten.

Nur dem Jod wird auch in den Fällen, bei denen Syphilis ausgeschlossen ist, eine günstige Wirkung zugeschrieben, so dass der schon geschwundene Puls sich wieder hergestellt hat.

Kölliker (Leipzig) demonstrirt zwei von ihm operativ entfernte Amputationsneurome, welche den Trägern hochgradige Schmerzen bereitet hatten. Bei beiden sind die Gründe ihrer Schmerzhaftigkeit verständlich. Das eine war innig mit der Arteria brachialis verwachsen, so dass mit jedem Pulsschlag eine Zerrung an dem Neurom stattfand, während an dem anderen ein starkes Muskelbündel inserirte, so dass bei Kontraktion des entsprechenden Muskels durch diesen eine Dehnung am Nerven stattfand.

Rubinstein (Berlin). Ueber die Form der Knochenbrüche durch direkte Gewalt.

R. hat durch zahlreiche Röntgenphotographien von Frakturen durch direkte Gewalt nachweisen können, dass auch dieser Bruchform eine typische Gestalt zukommt. Er fand regelmässig aus dem verletzten Knochen ein dreieckiges Stück herausgesprengt. Er zeigt derartige Bilder vor dem unteren Radiusende, dem Metatarsus der grosse Zehe und deren Basalphalanx. Die Brüche kommen in diesen Fällen meist so zu Stande, dass das betreffende Glied sich auf einer festen Unterlage befand, während die Last darauf fiel oder darüber hinwegging.

Die Kenntniss dieser regulären Bruchform war ihm schon einmal in seiner ärztlichen Sachverständigenthätigkeit von Nutzen, indem einem Pferdebahnschaffner, der sich beim Herausheben eines Pferdebahnwagens beide Füsse verletzt hatte, die Rente entzogen werden sollte, weil keine Fraktur nachzuweisen war. Die Röntgenplatte zeigte aber R., dass aus der Basalphalanx der grossen Zehe ein dreieckiges Knochenstück herausgesprengt war, woraus er auf Grund seiner Erfahrungen schliessen musste, dass thatsächlich eine schwere direkte Gewalteinwirkung stattgefunden hatte.

Wohlgemuth (Berlin). Zur Pathologie und Therapie der Frakturen des Tuberculum maius humeri.

W. glaubt, dass viele Fälle dauernder Funktionsbehinderung am Oberarm, die nach Frakturen im oberen Humerusabschnitt, nach Luxation und nicht selten sogar nach einfacher Contusion der Schulter zurückbleiben, durch eine Fraktur des Tuberkulum maius und eine heteroplastische Anheilung derselben begründet sind. Die Diagnose dieser Verletzung in Vivo ist bisher nur in vereinzelten Fällen gestellt, obwohl sie ganz bestimmt viel häufiger vorkommt, wie bisher angenommen wurde.

Nur durch das Röntgenverfahren ist eine sichere, frühzeitige Diagnose möglich, die sehr wichtig ist, um eine gute funktionelle Heilung zu erzielen. Er demonstrirt dann Röntgenbilder von zwei diesbezüglichen Patienten. In beiden Fällen ist das Tuberkulum maius zu weit nach oben und aussen angeheilt. Er empfiehlt den Verband so anzulegen, dass der Arm in Abduktion und Aussenrotation fixirt wird, weil der Schaft so am meisten dem nach oben und aussen gezogenen Tuberkulum maius entgegengedrückt wird.

Stabel (Berlin).

Verein der Bahn- und Kassenärzte im Bezirk der Königlichen Eisenbahn-Direktion Kattowitz.

Am 13. Mai d. J. hielt der genannte Verein in Leobschütz seine zweite General-Versammlung ab.

Nach Begrüssung der anwesenden Bahn- und Kassenärzte theilte der Vorsitzende, Sanitätsrath Dr. Rinke mit, dass der Dezernent der Königlichen Eisenbahn-Direktion, welcher an der Versammlung Theil zu nehmen beabsichtigte, leider verhindert war, derselben beizuwohnen.

Gegen das verlesene Protokoll über die letzte General-Versammlung fand sich nichts zu erinnern. Sodann machte der Vorsitzende folgende Mittheilungen. Freie Eisenbahnfahrt wird, wie bereits bekannt, den Bahn- und Kassenärzten des Bezirks für eine General-Versammlung und eine Vorstandssitzung im Jahre gewährt. — Von den 63 im Bezirk thätigen Bahn- und Kassenärzten gehören 59 dem Verein an. — Gutachten, von den Bahn- und Kassenärzten behufs Uebernahme des Heilverfahrens bezw. Aufnahme in die Heilstätten ausgestellt, werden von jetzt ab mit 5 Mark von der Pensionskasse für die Arbeiter der preussischen Staatsbahnen bezahlt. — Die Hirschwald'sche Buchhandlung giebt die in Berlin gehaltenen Vorlesungen zur Bekämpfung der Tuberkulose in einem Bande zum Preise von je 1 Mark heraus. Der Verein beschliesst, auf Kosten der Vereinskasse 60 Exemplare anzuschaffen. — Der bei dem Vorstande der Eisenbahn-Betriebs-Krankenkasse vom Verein gestellte Antrag auf Honorirung der ärztlichen Hilfe in dringenden geburtshilflichen oder chirurgischen Fällen wurde abschlägig beschieden. Diese Angelegenheit soll daher auf die Tagesordnung des am 23. bis 25. Juni d. J. in Baden-Baden stattfindenden Bahnärztetages gesetzt werden, für welchen Sanitätsrath Dr. Kober-Leobschütz und Dr. Patrzek-Königshütte als Delegirte gewählt wurden.

Der Kassenbericht lautete: Bestand am 1. April 1899: 99,93 Mark, Einnahme 175,08 Mark, zusammen: 275,01 Mark; Ausgabe 29,39 Mark, daher Bestand am 1. April 1900: 245,62 Mark, wovon 134,08 Mark in der Sparkasse angelegt sind. Nach erfolgter Prüfung der Rechnungslegung durch die Dr. Dr. Janusch und Glatschke wurde auf deren Antrag dem Kassenführer Dr. Koziol die Entlastung ertheilt. — Der Entwurf zu den Satzungen des Verbandes deutscher Bahnärzte wurde angenommen. — Hierauf referirte Dr. Tracinski in längeren Ausführungen über die Vorlesungen, welche über die zur Bekämpfung der Tuberkulose zu treffenden Einrichtungen in diesem Jahre in Berlin gehalten wurden und an welchen er Theil genommen hatte. Der erschöpfende Bericht bot manches Interessante und Neue, worauf hier einzugehen es zu weit führen würde. — Der von der Königlichen Eisenbahn-Direktion zur Berathung gestellte Punkt der Tagesordnung: „Wird es für erwünscht erachtet, den Bahnärzten durch die Eisenbahnverwaltung Verbandmaterial für diejenigen Verbände zu überweisen, welche vom Bahnarzt sowohl bei erstmaligen wie auch späteren Konsultationen in der Sprechstunde angelegt werden müssen", wurde in der Weise erledigt, dass beschlossen wurde, der Direktion diese Einrichtung zu empfehlen mit dem Vermerk, dass das Verbandmaterial in einer den Anforderungen der Aseptik Rechnung tragen-

den Verpackungsart geliefert werde. — Bei dem folgenden Berathungsgegenstande: „Sollen Familienangehörige von Bahnangestellten auch dann, wenn sie selbst Mitglieder einer anderen Krankenkasse sind, vom Bahnarzt bezw. Kassenarzt auf Kosten der Eisenbahn-Betriebs-Krankenkasse behandelt werden?“ ging die Ansicht der Versammlung übereinstimmend dahin, dass der Bahn- oder Bahnkassenarzt nicht verpflichtet ist, derartige Personen zu behandeln.

Als nächster Versammlungsort wurde Slawentzitz bestimmt.

Nach der Sitzung fand ein gemeinschaftliches Mahl statt, worauf ein Ausflug nach dem Stadtwäldchen unternommen wurde, um dessen Gelingen Herr Sanitätsrath Dr. Kober in der entgegenkommendsten und liebenswürdigsten Weise bemüht war. Dafür sei ihm auch hier bestens gedankt.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Beseitigung eines Pumpenbaums wegen Gesundheitsgefährlichkeit des Wassers.

Entsch. vom 15. Dez. 1899.

Die Polizeidirektion zu St. forderte durch Verfügung vom 27. Mai 1899 den Eigenthümer N. auf, aus dem auf seinem Grundstücke befindlichen Brunnen wegen der Gesundheitsgefährlichkeit des Wassers den Pumpenbaum herauszunehmen und den Brunnen sicher zu überdecken. Die Klage gegen diese Verfügung ist durch Urtheil des Bezirksausschusses abgewiesen worden. Zur Begründung der rechtzeitig von N. eingelegten Berufung macht der Kläger geltend: Die Polizeidirektion sei zu einem solchen, gegen Art. 9 der Verfassung verstossenden Eingriffe in das Privateigenthum nicht befugt. Eine unmittelbar bevorstehende Gefahr sei auch nicht vorhanden. Vernünftige Menschen würden durch die am Brunnen angebrachte Warnungstafel „Kein Trinkwasser“ hinreichend geschützt. Alle Teiche mit gesundheitsschädlichem Wasser könnten doch nicht zugeschüttet werden. Hätte die Polizeidirektion Anschliessen des Pumpenschwengels angeordnet, so würde sich der Kläger, wie er bemerkt, wohl nicht beschwert gefühlt haben, durch eine derartige Anordnung habe die Polizeidirektion bei anderen Brunnen die Gefahr zu beseitigen geglaubt, während noch andere Brunnen trotz der Gesundheitsschädlichkeit des Wassers von keiner polizeilichen Verfügung betroffen worden seien. Dabei komme in Betracht, dass das Haus des Klägers nicht von sogenannten kleinen Leuten bewohnt werde. Die Polizeidirektion behandele die einzelnen Interessenten verschieden, indem sie durchaus inkonsequent und willkürlich vorgehe. Die ungleiche Behandlung gesundheitsgefährlicher Brunnen in der Stadt und die abweichende Behandlung der ebenso gesundheitsgefährlichen Brunnen in den Vorstädten zeige, dass die Polizeidirektion in der Benutzbarkeit der Pumpen keine drohende Gefahr für die Gesundheit erblicken könne. Das Wasser aus dem Brunnen des Klägers werde zum Waschen — jedoch nicht zum Spülen von Koch- und Essgeschirr, — zum Scheuern, Begiessen, Sprengen u. s. w. benutzt. Deshalb und im Hinblick auf die Feuersicherheit habe der Kläger ein erhebliches Interesse an der Erhaltung des Brunnens. Die Polizeidirektion beantragte Zurückweisung der Berufung, indem sie vorstehende Ausführungen bestreitet und hervorhebt, dass alle Pumpen der inneren Stadt mit gesundheitsgefährlichem Wasser gleichmässig behandelt worden seien und für die Vorstädte dasselbe beabsichtigt werde, dass nur einstweilen mit Rücksicht auf diesen Prozess von der Durchführung Abstand genommen worden sei. Das Oberverwaltungsgericht bestätigte die Vorentscheidung und machte u. A. Folgendes geltend: Irrig ist zunächst die Ansicht des Klägers, dass ihm die Polizeibehörde die Benutzung des auf seinem Grundstücke befindlichen Brunnens überhaupt nicht untersagen dürfe, weil darin ein unzulässiger Eingriff in sein Privateigenthum liege. Jeder Eigenthümer eines Grundstücks muss dafür sorgen, dass sich sein Grundstück nicht in einem für Leben oder Gesundheit gefährlichen Zustande befinde. Massregeln der Polizeibehörden, welche den Grundstückseigenthümer hierzu anhalten, verletzen daher nicht das Privateigenthum und fallen auch nicht unter den Begriff von Beschränkungen des Eigenthums im Sinne des Art. 9 der Verfassung. Mit zu den aus ihrem Wesen folgenden Obliegenheiten der Polizei gehört es, einen Schaden zu verhüten, der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern des Publikums aus der Verwendung gesundheitsgefährlichen Wassers droht. In dem Vorhandensein eines Brunnens mit gesundheitsgefährlichem Wasser liegt die Gefahr, dass durch dessen Genuss Leben oder Gesundheit geschädigt werde. Durch das Verlangen, dass ein solcher Brunnen beseitigt werde, überschreitet daher die Polizeibehörde keineswegs die Grenzen der ihr gegen den Grundstückseigenthümer zustehenden Befugnisse. Die Gefahr braucht nicht, wie der Kläger meint, unmittelbar bevorstehen; denn diese Voraussetzung besteht nur beim Einschreiten gegen einen unbetheiligten Dritten, der nicht — wie der Grundstückseigenthümer — an sich schon verpflichtet ist, der Gefahr vorzubeugen. Die Gesundheitsgefährlichkeit des Wassers erkennt der Kläger N. an. Er meint aber, dass die Aufschrift „Kein Trinkwasser“ hinreichend gegen den Genuss des Wassers schütze und dass ihm nur allenfalls noch hätte aufgegeben werden können, die Pumpe durch Anschliessen des Schwengels für Unbefugte unnutzbar zu machen. Allerdings hat sich die Polizeidirektion nach der Verfügung vom 3. September 1896 früher damit begnügt, die Anbringung der Aufschrift „Kein Trinkwasser“ zu verlangen. Sie ist aber nach ihrer Gegenerklärung durch Erfahrungen bei anderen Brunnen mit gesundheitsgefährlichem Wasser zu der Ueberzeugung gekommen, dass dessen Genuss nur durch gänzliche Beseitigung des Brunnens wirksam verhindert werden könne. Dies sind Erwägungen der Zweckmässigkeit, auf die sich die Nachprüfung des Verwaltungsrichters nicht zu erstrecken hat. Dass die Polizeibehörde anderweit gewonnene Erfahrungen auch dem Kläger gegenüber verwerthen darf, kann nicht dem mindesten Zweifel unterliegen. Uebrigens leuchtet ein, dass die Polizei obige Warnung für keine genügende Gewähr gegen den Genuss des Wassers — besonders bei Kindern und auch sonst mit Rücksicht auf die Sorglosigkeit vieler Menschen — erachten und auch Bedenken haben kann, diese Gewähr in der Anordnung der Anschliessung des Schwengels zu erblicken; denn eine Kontrole darüber, dass dessen Anschliessung nur aufgehoben wird, um das Wasser zu unschädlichen Zwecken zu verwenden, ist kaum möglich. Unzutreffend ist es, wenn der Kläger ausführt, dass die Polizeibehörde nicht auch auf die Unvernunft und Sorglosigkeit mancher Menschen Rücksicht nehmen dürfe. Wenn auch nicht alles gesundheitsgefährliche Wasser in Teichen u. s. w. beseitigt werden kann, so haben doch Brunnen regelmässig die Bestimmung, das Wasser zum menschlichen Genusse zu liefern, und liegt daher gerade in der gesundheitsgefährlichen Beschaffenheit des Brunnenwassers eine besondere Gefahr. Bei der anerkannt gesundheitsgefährlichen Beschaffenheit des Wassers im Brunnen des Klägers ermangelt daher die polizeiliche Verfügung, wonach der Brunnen unbenutzbar gemacht werden soll, keineswegs der erforderlichen thatsächlichen Voraussetzungen und ist nicht daran zu zweifeln, dass die Verfügung auf objektiven polizeilichen Gesichtspunkten beruht. Nun behauptet freilich der Kläger, dass die Polizeidirektion

ungleichmässig verfahre und willkürlich gegen einzelne Grundstückseigenthümer vorgehe. Allein, auch wenn die Polizeidirektion anderen Grundstückseigenthümern trotz gleicher Beschaffenheit des Brunnenwassers keine ähnliche Auflage gemacht haben sollte, würde nicht angenommen werden können, dass die an den Kläger erlassene Verfügung auf anderen als objektiven polizeilichen Beweggründen beruhe. Denn diese ergeben sich hier ohne Weiteres aus der Natur der Sache. Aus der Unterlassung einer allseitigen konsequenten Durchführung des gegen den Kläger eingeschlagenen Verfahrens würde daher noch nicht auf einen Mangel sachlicher Gründe geschlossen werden können. Vielmehr würde in Frage kommen, ob die Polizeidirektion etwa gegen Andere eine unberechtigte Nachsicht geübt hätte. Uebrigens bemerkt ja die Polizeidirektion, dass sie nur einstweilen mit Rücksicht auf diesen Rechtsstreit von der weiteren Durchführung Abstand genommen habe; ob mit Recht, ist hier nicht zu entscheiden. Weder verstösst hiernach die angefochtene polizeiliche Verfügung gegen das geltende Recht, noch entbehrt sie der erforderlichen thatsächlichen Voraussetzungen. Daher musste die auf Abweisung der Klage lautende Vorentscheidung bestätigt werden. M.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Erwerbsfähigkeit ist beim Fehlen des Nagelgliedes des linken Daumens in nennenswerthem Masse nicht beschränkt.

Rek.-Entsch. v. 31. 5. 99.

Am 9. Januar 1895 erlitt auf der Braunkohlengrube Viktoria bei Hötensleben der Fördermann und Maurer Karl B. eine Zertrümmerung des 2. Gliedes des linken Daumens. Dem Verletzten wurde auf Grund des ärztlichen Gutachtens eine Rente von 10 pCt. zugebilligt, welche durch Bescheid vom 23. September 1898 eingestellt worden ist. Die hiergegen erhobenen Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses hatten keinen Erfolg. Gründe:

Das R.-V.-A. hat bereits vielfach, insbesondere in den unter Ziffer 1581 (Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1897 Seite 266) zusammengestellten Rekursentscheidungen, ausgeführt, dass nicht jede Verletzung seiner körperlichen Unversehrtheit dem Versicherten einen Anspruch auf Unfallrente giebt, und dies selbst dann nicht, wenn ihm in Folge der Verletzung gewisse Unbequemlichkeiten bei der Verrichtung seiner Arbeiten erwachsen. Auf eine Rente hat nur Anspruch, wer in seiner Erwerbsfähigkeit in einem solchen Grade beeinträchtigt ist, dass die Beeinträchtigung im wirthschaftlichen Leben als ein messbarer Schaden in Betracht kommt; dies kann aber bei einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um weniger als 10 pCt. der Regel nach nicht zugegeben werden.

Um eine solche Schmälerung der Erwerbsfähigkeit handelt es sich im vorliegenden Falle. Nach dem Gutachten des Dr. Z. und Dr. H. in A. vom 17. September 1898 bestehen die Folgen des Unfalls vom 9. Januar 1895 nur noch im Fehlen des Endgliedes des linken Daumens.

Es liegt kein Anlass vor, den Vorinstanzen entgegenzutreten, wenn sie angenommen haben, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers hierdurch nicht mehr in nennenswerthem Masse beschränkt wird.

(Kompass, 1899. No. 20.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Rieger, Dr. Conrad, Prof. d. Psychiatrie, Würzburg. Die Kastration in rechtlicher, sozialer und vitaler Hinsicht betrachtet. Jena, Gustav Fischer 1900. 113 S., 3 M.

Das an einen in dieser Zeitschrift veröffentlichten Aufsatz R.'s anknüpfende Werk hat zum eigentlichen Gegenstand den Beweis, dass die Kastration an und für sich nicht geeignet ist, die seelischen und — abgesehen von der Zeugungsfähigkeit — die körperlichen Eigenschaften des Menschen zu verschlechtern. Das Beweismaterial ist aus der Geschichte, den Erfahrungen der Thierzüchter und der medizinischen Litteratur mühevoll zusammengetragen. Die bei aller Gründlichkeit sehr anregend und temperamentvoll — bisweilen etwas gar zu sehr an den Stil Johannes Scherrs erinnernd — geschriebene Arbeit enthält übrigens neben dem Hauptthema noch sonst allerlei Lesenswerthes: u. A. eine scharfe Abrechnung mit der durch Moebius neuerdings wieder aufs Tapet gebrachten Gall'schen Schädellehre, mit Poehls Spermintheorie und Freud's Lehre von den geschlechtlichen Grundlagen der Neurosen.

Nobiling-Jankau, Handbuch der Prophylaxe Abt. I, T. 2. Die Prophylaxe in der Geburtshilfe von Dr. O. Schaeffer, Priv.-Doz. Heidelberg. München bei Seitz & Schauer.

Das Thema zerfällt in die Prophylaxe 1. während der Schwangerschaft, 2. während der Geburt, 3. im Wochenbett.

Auch bei dieser Arbeit ist es dem Verfasser sehr glücklich gelungen, in grösster Vollständigkeit das ganze Gebiet der Geburtshilfe vom prophylaktischen Standpunkt in kurzen prägnanten Sätzen durchzugehen. Dass dies vielfach nur andeutungsweise geschieht, ist von vornherein klar, wenn man bedenkt, dass die ganze Lehre vom pathologischen Becken und den verschiedenen Indikationen für die geburthilflichen Operationen in das Gebiet der Prophylaxe fällt und dass in der Prophylaxe der Schwangerschaft diejenige bei Abort, bei den Lageveränderungen, bei Placenta praevia, bei Tumoren im Becken und bei Extrauteringravidität abgehandelt wird.

Schwarze.

Fischer Dückelmann, Dr. Anna. Die Geburtshülfe vom physiatrischen Standpunkt. Strassburg b. Bermühler. Preis M. 0,75.

Die Schrift ist nicht „für Aerzte und Gebildete“ geschrieben, sondern hasserfüllt gegen Aerzte und männliche Geburtshelfer zu Gunsten der weiblichen und der physiatrischen Heilmethode. Die Krankengeschichten dienen zur weiteren Verhetzung des Publikums. Schwarze.

1. Leitfaden zur Arbeiter-Versicherung des Deutschen Reiches, neu zusammengestellt für die Welt-Ausstellung in Paris, 1900, im amtlichen Auftrage bearbeitet von Dr. **Zacher,** Kaiserl. Geheim. Regierungsrath und ständigem Mitglied des Reichs-Versicherungsamts.
2. Die Leistungen der Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches, Merkblatt, für die Weltausstellung zu Paris im amtlichen Auftrage bearbeitet von Dr. jur. **G. A. Klein,** Kaiserl. Regierungsrath und ständigem Mitglied des Reichs-Versicherungsamts.
3. Die Heilbehandlung der gegen Unfall und Invalidität versicherten Arbeiter in Deutschland. Im amtlichen Auftrage für die Weltausstellung zu Paris bearbeitet von **Bielefeldt,** Kaiserlichem Geheimem Regierungsrath und ständigem Mitglied des Reichs-Versicherungsamts — Berlin, 1900, A. Asher & Cie. —

Von diesen 3 Schriften giebt die erste eine kurze Uebersicht über die gesetzlichen Einrichtungen der deutschen Arbeiterversicherung, während die beiden letzteren die Leistungen derselben sowohl in Bezug auf die Heilbehandlung als auf die Entschädigungen der Arbeiter nach Unfällen und Invalidität aufführen. Die Leistungen dieses grossartigen deutschen Kultur-

werks, welches allen Völkern der Welt zum Vorbilde dient, sind in höchst anschaulichen Tabellen und graphischen Darstellungen vorgeführt. Das Titelblatt der beiden letzterwähnten Schriften ziert ein Bild, welches die Gesammtentschädigungen von 1885—1899 = 2,4 Milliarden Mark darstellt in einem Obelisken aus 961 Tausend Kilogramm gemünztem Golde, der eine Grundfläche von 7,4 Quadratmeter und eine Höhe von 14,9 Meter hat. B.

Tagesgeschichte.

Das Schicksal der Versicherungs-Gesetz-Entwürfe in Deutschland und in der Schweiz.

Der deutsche Reichstag hat mit erfreulicher Einmüthigkeit, die sich zum grossen Theil selbst auf die äusserste Linke erstreckte, die ihm vorliegenden neuen Unfall-Gesetze (Land- und Forst-Wirthschaft, Bau- und See-Unfallversicherung, Unfall-Fürsorge für Gefangene) angenommen. In der Schweiz dagegen ist der Entwurf eines Kranken-, Unfall- und Militär-Versicherungs-Gesetzes kläglich gescheitert. Trotzdem der schweizerische Bundesrath ihn fast einstimmig angenommen hatte und er Angehörige aller Parteien zu seinen Vertheidigern zählte, hat die Volks-Abstimmung seine Ablehnung mit erdrückender Mehrheit ergeben.

Die Stellung des Arztes nach den abgeänderten Unfallversicherungsgesetzen.

Die hohe Bedeutung, welche auf den Gang des Heilverfahrens dem behandelnden Arzte und auf Feststellen des Grades der gestörten Unversehrtheit und der darauf zurückführbaren Erwerbsunfähigkeit den medizinischen Sachverständigen beizulegen ist, führte dahin, in den dem Reichstage zugegangenen Unfallversicherungsvorlagen die Stellung derselben gesetzlich im weiteren Umfange zu regeln, als dies in den heut geltenden Gesetzen geschehen ist. In Folge dessen wurde dem § 57 des Gew.-Unf.-Vers.-G. eine Bestimmung eingefügt, nach welcher das mit der Festsetzung der Entschädigung betraute Genossenschaftsorgan verpflichtet ist: „in jedem Falle vor Feststellung der Entschädigung den behandelnden Arzt zu hören und, wenn der behandelnde Arzt zu der Berufsgenossenschaft in einem Vertragsverhältnisse steht, auf Antrag einen anderen Arzt statt seiner zu hören". Dieselbe fehlte in der Vorlage. Sie wurde erst in der zweiten Lesung der 21. Reichstagskommission in Folge einer Verschmelzung der Anträge 89 und 110 angenommen und zwar auf Grund der Erwägung, dass es gelingen werde, mittels ihrer sowohl erheuchelten Krankheitserscheinungen seitens der Entschädigungsberechtigten mehr vorzubeugen, wie solches bisher der Fall ist, aber auch zu einer den thatsächlichen Verhältnissen Rechnung tragenden, alle in Betracht kommenden Umstände richtig würdigenden Schadloshaltung des Betriebsverletzten zu gelangen und damit den Anlass zur Unzufriedenheit in den Kreisen der Betheiligten und zur Einlegung von Rechtsmitteln zu beseitigen. Der Reichstag billigte in seiner Sitzung am 8. Mai d. J. in dieser Fassung die Beschlüsse der Kommission, indem auch er der Ueberzeugung Ausdruck gab, dass das Urtheil des behandelnden Arztes ein befangenes sein könne, wenn dieser in der Stellung eines Vertrauensarztes der Berufsgenossenschaft, mithin in einem beschränkten Abhängigkeitsverhältnisse zu dieser sich befindet, weshalb es dem Rechte und der Billigkeit mehr entspräche, einen völlig unabhängigen und vorurtheilsfreien Arzt ausser ihm zu hören, sobald der Betriebsverletzte solches beantragend zu erkennen gebe, dass er ihm nicht ungetheiltes Vertrauen entgegen bringe. Der gleiche Grundsatz wurde dann auch in § 62 des Landw. Unf.-Vers.-Ges. eingefügt.

Gleichsam in Ergänzung dieses Grundsatzes wurde dem Entwurfe des sogenannten Mantelgesetzes als § 7a eingefügt: „Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahres in seiner ersten Spruchsitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Aerztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbirten Aerzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgerichte in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Aerzte sind öffentlich bekannt zu machen", und damit eine Einrichtung verallgemeinert, welche in Bayern auf Grund landesgesetzlicher Anordnungen bereits längst in Geltung stehend, sich als zweckdienlich bewährt hat. Sie beruht (Ber. S. 10) auf der, auch in der Kommission von 1897 (vergl. Ber. S. 107, 113, 132) bereits erörterten Erwägung ob, eventuell auf welchem Wege Gewähr dafür zu schaffen sei, dass bei den Schiedsgerichten die ärztliche Beurtheilung der Streitfälle in ausgiebigem Masse und mit voller Sachkunde zur Geltung komme und wie es dem Verletzten möglich gemacht werden solle, gegenüber einem von der Berufsgenossenschaft vorgelegten oder einem sonstwie ergangenen ärztlichen Zeugnisse seinerseits eine Begutachtung herbeizuführen. Die Kommission von 1897 war in ihren Forderungen etwas weiter gegangen, indem sie als § 50b des Gew.-Unf.-Vers.-G. vorschlug: „Wird von der Genossenschaft ein ärztliches Gutachten vorgelegt, so ist auf Antrag des Entschädigungsberechtigten und auf Kosten der Genossenschaft ein weiteres Gutachten und zwar von demjenigen Arzte einzuholen, den der Entschädigungsberechtigte aus der Zahl der vom Schiedsgericht gewählten Aerzte bestimmt." Angesichts des in § 57 Gew.-Unf.-Vers.-G. vorstehend eingefügten Zusatzes wurde eine hierauf abzielende Rechtsregel als entbehrlich erachtet. Bei dieser Gelegenheit wurde zwar hervorgehoben, dass dem Erfordernisse, dem über den Entschädigungsanspruch erkennenden Gerichte auf dem ärztlichen Gebiete tüchtige Hilfskräfte zur Seite zu stellen, die dasselbe jederzeit ohne irgendwelche Weitläufigkeit ausgiebig zu Rathe zu ziehen vermöge, nur dadurch genügt werden könne, wenn ein ärztlicher Gutachter regelmässig den Verhandlungen beiwohne, in denen er meist den Verletzten vor sich habe und Rede wie Gegenrede höre; allein diese regelmässige Betheiligung des ärztlichen Elementes an den Spruchsitzungen erschien als zu weitgehend und praktisch undurchführbar. Hervorgehoben wurde dabei missbilligend, dass sich in weitem Umfange die Uebung eingeschlichen habe, in den ärztlichen Gutachten den Grad der Erwerbsfähigkeit festzustellen, in Sonderheit darüber ein Urtheil abzugeben, inwieweit die zurückgebliebenen Krankheitserscheinungen, in Sonderheit Verstümmelungen, dem Verletzten ermöglichen, auf einem anderen Arbeitsfelde seine geminderte Arbeitskraft nutzbringender zu verwerthen, betonend, dass zur richtigen Beurtheilung dessen doch die genaue Kenntniss der Hantirungen des vorgeschlagenen neuen Berufsfaches gehöre. In Folge dessen wurde vorgeschlagen, in jedem Falle, wo das ärztliche Gutachten eine derarte Bestimmung trifft, gleichsam als Gegengutachter einen in dem betreffenden Berufszweige technisch wissenschaftlich vorgebildeten, praktisch geübten Fachgenossen dem Arzte gegenüberzustellen. Schliesslich kam eine Einigung dahin zu Stande, dass in jedem Einzelfalle den Rechtsstreitparteien und dem Urtheilsgerichte überlassen werden müsse, nach freier Beurtheilung der ärztlichen Anschauung sich anzuschliessen oder gegen dieselbe, erforderlichenfalls nach Anhören sachkundiger Personen, eine anderweite Feststellung zu

treffen, weshalb es entbehrlich sei, über die Rechtsregel des § 7a hinauszugehen und dem in Aussicht genommenen § 8a die Zustimmung zu ertheilen.

Kreisgerichtsrath Dr. Hilse-Berlin.

Das Reichsseuchengesetz.

In der Kommission hat der Gesetzentwurf einige nicht unvortheilhafte Aenderungen erfahren. Die Desinfektion soll in denjenigen Fällen, in denen sie auf polizeiliche Anordnung geschieht, auf Staatskosten erfolgen, und für etwa dabei unbrauchbar gemachte oder beschädigte Gegenstände soll aus öffentlichen Mitteln auf Antrag des Familienvorstandes eine Entschädigung gezahlt werden. Ferner sollen diejenigen Personen, welche der Seuchengefahr wegen abgesondert und am Verkehr mit der Aussenwelt verhindert werden, ein Recht auf Entschädigung für das ihnen entgehende Arbeitsverdienst haben.

Die neue Prüfungsordnung für Aerzte,

welche für das gesammte Deutsche Reich demnächst veröffentlicht werden soll, wird, wie verlautet, eine wesentliche Verlängerung der Studienzeit fordern. Auf das eigentliche Studium werden zehn Halbjahre kommen und ein „praktisches Jahr" wird sich anschliessen. Die Regierung ist der Ansicht, dass der von den Realgymnasien her zu befürchtende Andrang zum ärztlichen Studium durch diese Erschwerung desselben ausgeglichen werden wird.

In einer gemeinsamen Promotionsordnung der deutschen Universitätsstaaten soll festgesetzt werden, dass die Promotion erst nach Beendigung der Staatsprüfung erfolgen darf, und dass eine mündliche Prüfung vor einem dreigliederigen Professoren-Ausschuss stattzufinden hat.

Heilbehandlung auf Kosten der Invaliditäts-Versicherung.

Die Versicherungsanstalten machen von der ihnen zustehenden Befugniss, die Heilbehandlung erkrankter Versicherungspflichtiger zu übernehmen, immer ausgiebigeren Gebrauch. 1899 betrug die Zahl der auf Kosten der Versicherungsanstalten Behandelten bereits 20039 Personen mit einem Kostenaufwand von vier Millionen Mark (1898: 13758 Personen 2,8 Millionen Mark, 1897: 10483 Personen zwei Millionen Mark). Unter den Behandelten befanden sich 6032 Männer und 1666 Frauen, die an Lungentuberkulose litten. Leider scheinen bei den Tuberkulösen weniger Dauererfolge erzielt zu werden, als bei den anderen Kranken.

Heimstättenwesen.

Auf Veranlassung des preussischen Ministers der Medizinalangelegenheiten hat die erweiterte wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in ihrer letzten Sitzung die Frage: In welcher Richtung ist die schon bestehende Bewegung für die Gründung von Heimstätten für Genesende zu fördern? einer eingehenden Erörterung unterzogen und sich auf die folgenden Leitsätze geeinigt:

„1. Heimstätten für Genesende sind geeignet, die Rekonvalescenz abzukürzen, somit früheren Wiedereintritt in die Erwerbsarbeit zu ermöglichen und die Leistungsfähigkeit der Hospitäler durch Entlastung zu erhöhen. 2. Zur Aufnahme in Genesungshäuser sind nur solche Rekonvalescenten geeignet, die einer besonderen ärztlichen Behandlung nicht mehr bedürfen. 3. Genesungshäuser sind, für die Geschlechter getrennt, in ländlichen Gegenden, ausserhalb der Städte in einer für den Verkehr günstigen Lage zu errichten. 4. Einrichtung, Verpflegung und Wartung können einfacher und billiger gestaltet werden als in Krankenhäusern. 5. Der Arzt der Anstalt soll leicht zu erreichen sein, braucht aber bei kleinen und mittelgrossen Anstalten nicht in der Anstalt zu wohnen. 6. Die Pfleglinge der Anstalt sollen sich viel im Freien bewegen, Gelegenheit zu Unterhaltungsspielen, aber auch zu leichteren Arbeiten haben. 7. Die fernere Errichtung solcher Heimstätten ist von den kommunalen Verbänden, den Organen der Kranken-, Unfall- und Altersversicherung und von der Wohlthätigkeit zu erwarten. Die Behörden können anregend, fördernd, rathend dafür wirken und für ihre Hospitalkranken eigene Genesungshäuser errichten." (D. Arbeiter Ztg.)

Ein bestrafter Simulant.

Ein Kohlenzieher R. auf einem Dampfer meldete am 29. März 1899, er habe sich beim Kohlenschaufeln stark angestrengt und dabei die Wahrnehmung gemacht, dass ihm in der Leistengegend eine Geschwulst heraustrete. Der Schiffsarzt stellte einen Leistenbruch fest. Im August beantragte der Mann Unfallrente. Es wurde nunmehr festgestellt, dass entgegen der bestimmten Angabe des Mannes der Leistenbruch schon 1897 vorhanden gewesen war. Der vermeintliche Unfallkranke war nämlich wegen des Bruches damals schon mit Pension aus der Kriegsmarine unter Angabe des Grundes entlassen worden. Die erstattete Anzeige hatte zur Folge, dass R. wegen versuchten Betruges zu einer Gefängnissstrafe von einem Monat verurtheilt wurde.

Ein eigenthümlicher Schadenersatzanspruch.

Der Beklagte ist ein praktischer Arzt, der in seiner Wohnung eine in der Regel sehr stark besuchte Sprechstunde abhält. Kläger gehörte zu denjenigen seiner Patienten, welche sich zum Zwecke der Konsultation des Oefteren in dieser Sprechstunde einzufinden pflegten. Bei einer solchen Gelegenheit hatte Kläger nun eines Tages in dem sehr besetzten Vorzimmer des Beklagten ziemlich lange warten müssen, und da ihn ein Bedürfniss anwandelte, so suchte er zu dessen Befriedigung den zur Wohnung des beklagten Arztes gehörigen Abort auf. Der Zugang zu diesem war jedoch ungenügend erleuchtet und hierdurch kam der mit der Oertlichkeit nur wenig vertraute Kläger zu Falle. Die Verletzungen, die er bei diesem Anlasse sich zuzog, stellen für ihn nach verschiedenen Richtungen hin (Kurkosten, zeitweilig ganz aufgehobene oder doch geminderte Arbeitsfähigkeit u. dergl.) einen Vermögensschaden dar, für welchen er im Prozesse von dem Beklagten Ersatz verlangt. Die erste Instanz hatte allerdings den Arzt, der eine aussergewöhnlich ausgedehnte Sprechstundenpraxis betreibt, für verpflichtet erachtet, während der Sprechstunden den freien Verkehr des dieselben besuchenden Publikums auf seinem Abort zu gestatten und demgemäss von Einbruch der Dunkelheit an den Zugang zu demselben zu beleuchten. In Uebereinstimmung mit dem Berufungsgerichte jedoch hat das Reichsgericht (Erkenntniss des III. Civilsenats vom 23. Februar 1900) diese Rechtsauffassung als irrthümlich verworfen. Schon sanitäre Gründe sprechen — so führt es aus — gegen die Duldung eines solchen freien Verkehrs. Wenn auch im Einzelfalle der Beklagte genöthigt war, den bei ihm Vorsprechenden die Benützung seines Abortes zu gestatten, und dieselbe auch thatsächlich mehrfach geduldet hat, so führt dies noch nicht dahin, ihn zur Beleuchtung des Zuganges zu verpflichten und haftbar zu machen, falls in Folge unterbliebener und mangelhafter Beleuchtung ein Besucher des Abortes sich eine Verletzung zuzieht. Es kommt hinzu, dass im Vorzimmer selbst sich stets ein Bediensteter des Beklagten aufhielt, an den sich Kläger mit dem Ersuchen hätte wenden können, für Beleuchtung dieser Oertlichkeit Sorge zu tragen. (Münch. med. Wochenschrift.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ

für die gesammte

Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes

sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben

von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 12. Ausgegeben am 15. Juni.

Inhalt:

Gelenkrheumatismus nach Trauma.

Von
San.-Rath Dr. L. Becker.

Die Begutachtung Unfallverletzter stellt der medizinischen Wissenschaft immer neue Fragen, deren Beantwortung sie von dem Arzt als dem allein kompetenten Sachverständigen verlangt. Während die Beurtheilung der rein örtlichen Folgen der Verletzung eines Körpertheils verhältnissmässig geringe Schwierigkeiten bereitet, so ändert sich dies Verhältniss alsbald, sowie ausser den örtlichen Folgen Allgemein-Krankheiten in Frage kommen, welche wegen ihres Vorhandenseins oder ihres Auftretens bei Unfallverletzten für die Beurtheilung zu berücksichtigen sind. —

Als solche Allgemein-Krankheiten kommen für den Ausgang von Verletzungen in Betracht alle Wundinfektionskrankheiten, tuberkulöse Erkrankungen, Delirium, Diabetes, Leukämie, Syphilis, Krankheiten des Nervensystems und des Gefässsystems, Neubildungen, Vergiftungen, Blitzschlag, Hitzschlag, Typhus abdominalis, Milz, Gelbfieber, Skorbut und Malaria. Ausser diesen Krankheiten, deren Beziehungen für die Unfallversicherung in den bekannten Lehrbüchern der Unfallheilkunde bereits besprochen sind, hat das Verhältniss des Gelenkrheumatismus zu Trauma erst neuerdings die Aufmerksamkeit der Beobachter hervorgerufen. —

Vor Erörterung unseres Themas mag es mir aber gestattet sein, besonders darauf hinzuweisen, dass, um Unklarheiten zu vermeiden, es mir nothwendig scheint, zunächst nur das Verhältniss des typischen polyartikulären Gelenkrheumatismus, der Polyarthritis rheumatica in streng klinischem Sinne, in den Kreis unserer Betrachtungen zu ziehen und alle sonstigen als „rheumatisch" oder „rheumatoid" bezeichneten Affektionen, deren klinische Kennzeichnung meist unsicher ist, aus unserer Betrachtung auszuscheiden. — Und ebenso möchte ich an dieser Stelle nur auf diejenigen Fälle eingehen, in welchen typische Polyarthritis rheumatica nach der Verletzung eines Gelenks durch stumpfe Gewalt (Kontusionen Distorsionen, Luxationen) beobachtet sind, und möchte alle diejenigen Fälle ausser Betracht lassen, in welchen anderweitige Verletzungen eines Gelenks, insbesondere solche mit äusseren Verwundungen, beim Unfall stattgehabt haben, weil diese Fälle in ihren Einzelheiten komplizirtere Verhältnisse schaffen. — Nur unter dieser Beschränkung können wir zunächst einige feste Anhaltspunkte gewinnen für das Gebiet der Beurtheilung einschlägiger Fälle, welche, wie wir weiter sehen werden, schon mit dieser Einschränkung dem Gutachter mancherlei recht schwierige Fragen zur Beantwortung vorlegen. —

In der Litteratur finden wir zunächst von Carl Müller aus dem Knappschaftslazareth zu Königshütte (Monatsschr. f.

Unfall 1899, No. 8) zwei Fälle veröffentlicht: In dem ersten Falle erlitt ein Arbeiter K., 37 Jahre alt, am 23. Dezember 1898 durch einen Fall eine Luxation des l. Oberarms, und erkrankte, noch wegen dieser Verletzung in mediko-mechanischer Behandlung, am 15. April 1899, also beinahe vier Monate nach dem Unfall, mit Fieber und heftigen Schmerzen in der l. Schulter, im l. Knie und Hüftgelenk ohne Schwellungen dieser Gelenke. Diese Gelenkschmerzen sowie das Fieber schwanden auf Darreichung von Salol bis zum 20. Juli 1899. — In dem zweiten Falle erlitt ein 57 jähriger Pferdeführer K. am 1. März 1899 durch Schlag von einem Pferde eine Kontusion des linken Knies mit Schwellung des Gelenks. Nachdem diese bis zum 21. März 1899 völlig geschwunden, erkrankte Pat. am 27. März 1899 an akut auftretender Arthritis im linken Knie, rechten Knie, beiden Handgelenken und beiden Schultergelenken. Das gleichzeitig aufgetretene Fieber lässt bald auf den Gebrauch von Natr. salicyl nach, aber es entwickelt sich eine chronische Arthritis in fast allen hetroffenen Gelenken. — Beide Fälle sind für unser Thema nicht sehr beweiskräftig, der erste wegen der langen, zwischen Unfall und Erkrankung liegenden Zeit; und der zweite wegen des immerhin zweifelhaften Charakters der Erkrankung. —

Ferner hat Thiem (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1898, No. 10, S. 388) von einem Fall kurze Mittheilung gemacht, in welchem einer 24 jährigen Frauensperson 10 Tage nach einem Sturz auf beide Kniee, der eine Subluxation der Schienbeine nach hinten zur Folge hatte, nach einander entzündliche Anschwellungen beider Sprunggelenke, des rechten Hüft- und Schultergelenks bekam, die man nicht anders als Gelenkrheumatismus deuten konnte. — Derselbe Autor macht an derselben Stelle Mittheilung von 2 Fällen von rheumatischer Gelenkerkrankung durch Trauma, welche von Dr. Piltz in Vienenburg berichtet werden. Bei diesen Fällen handelt es sich aber nicht um direkte Verletzungen eines Gelenks, sondern um äussere Verletzungen anderer Theile. —

Viertens hat Seitz in der Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1899, No. 11, einen Artikel veröffentlicht „Traumatischer Gelenkrheumatismus“, in welchem er berichtet, dass er bei der Durchsicht des Materials des Lazareths „Neu-Ulm“ unter 771 Krankengeschichten von Gelenkrheumatismen nicht weniger als 38 Fälle fand, in welchen „nach Trauma allgemeiner oder monartikulärer Gelenkrheumatismus auftrat.“ Seitz führt diese 38 Fälle einzeln auf in sehr kurz gefassten Krankengeschichten. Wenn auch mehrere dieser Fälle, so alle diejenigen, in welchen das verletzte Gelenk allein erkrankte, für unser oben näher umgrenztes Thema nicht zu verwerthen sind, (Fälle 4, 11, 19, 20, 22, 25, 35 und 37) und wenn auch manche dieser Fälle nach ihrer kurzen Krankengeschichte mehr den Eindruck machen, als ob ein zur Entwickelung kommender Gelenkrheumatismus eben nur gelegentlich einer militärischen (Turn-) Uebung zuerst bemerkt worden ist, — und wenn endlich auch einzelne Fälle in Bezug auf den ursächlichen Zusammenhang (Fall 17 nach 14 tägiger Behandlung an Wundlaufen) sowie in Bezug auf ihre Diagnose (Verlauf von drei Tagen) anzuzweifeln sind (Fall 4), so bleiben doch immer in der hier gegebenen Aufzählung eine Anzahl von Fällen, in welchen das Auftreten von Polyarthritis rheumatica nach Verletzung eines Gelenks durch stumpfe Gewalt unzweifelhaft dargethan ist.

Endlich veröffentlicht Schulze-Berge (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1899, No. 12) aus dem evangel. Krankenhause Oberhausen zwei sehr gut beobachtete Fälle: In dem ersten Falle stellten sich bei einem 27 jährigen Bergmann nach einem Unfall, wobei eine Zerrung beider Hüftgelenke stattgefunden, vier Tage später unter Fiebererscheinungen nicht nur Schwellungen der Hüftgelenke, sondern auch mehrerer anderer Gelenke an Armen und Beinen ein mit dem vollkommenen Bilde eines akuten Gelenkrheumatismus, welcher erst nach zehn Tagen unter der Behandlung von Natr. salicyl sich besserte. — Im zweiten Falle berichtet Schulze von einem 28 Jahre alten Arbeiter, welcher am 30. August 1899 durch Ausgleiten eine Distorsion beider Füsse im Bereich der Fusswurzeln erlitten; während die Schwellung unter Bettruhe und Umschlägen allmählich zurückging, trat 14 Tage nach dem Unfall Schwellung und Schmerzhaftigkeit beider Kniegelenke ein, acht Tage später Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Hüftgelenks; die erkrankten Gelenke kamen erst langsam wieder zum normalen Zustand.

Zu diesen in der Litteratur vorfindlichen Fällen bin ich nun in der Lage, zwei Fälle aus meiner Gutachter-Thätigkeit vorzuführen, welche für die Begutachtung ganz besonders interessante Gesichtspunkte darboten. Ich will sie hier zunächst nach meinen Aufzeichnungen mittheilen:

I.

Die Portiersfrau M. M., 59 Jahre alt, giebt an, dass sie schon seit 10 Jahren, an Erkrankungen an Gelenkrheumatismus gelitten habe, und zwar sind bei diesen Erkrankungen alle Gelenke der Glieder betroffen gewesen, besonders aber beide Fussgelenke. Die Krankheit hat seit ihrem Beginn mehrmals Rückfälle gemacht, die letzte anfallsweise Erkrankung vor dem Unfall hat sie von Mai bis Juli 1897 durchgemacht. Von Juli 1897 bis Mai 1899 hat sie nur leichtere Schmerzen in dem Arm und dem Knie und auch in den Füssen gehabt. — Ausser an Rheumatismus leide sie auch seit 4 bis 5 Jahren an Herzklopfen. — Am 13. Mai 1899 war sie nun beim Herausgehen aus der Thür mit dem linken Fuss umgeknickt; sie bekam gleich heftige Schmerzen im Fuss und derselbe schwoll an, sodass sie ihre Arbeit aufgeben und ihre Füsse mit Eis kühlen musste. Sie ist dann von Herrn S.-R. Dr. S. behandelt worden, zuerst mit Umschlägen, dann mit Watteeinwickelungen; danach wurde es mit dem linken Fuss allmählich besser, sodass sie am 26. Juli 1899 wieder ihren Dienst als Portiersfrau beginnen konnte; und diesen hat sie auch versehen bis zum 16. September 1899. — Acht Tage nun, nachdem sie sich die Verstauchung des linken Fusses zugezogen hatte, traten auch Schmerzen, zuerst im rechten und dann im linken Kniegelenk auf, auch im rechten Fuss und auch in beiden Schultergelenken. Auf die ihr verordnete Medizin liessen nach etwa 14 Tagen die Schmerzen in den Knien und im rechten Fusse und in den Schultergelenken und auch im linken Fusse nach, so dass sie, wie erwähnt, am 26. Juli 1899 ihre Arbeit wieder aufnehmen konnte. Am 16. September 1899 musste sie aber ihre Arbeit wieder niederlegen, weil wieder in beiden Füssen und in beiden Schultern Schmerzen auftraten; sie hat sich dann wieder in Behandlung gegeben bei Herrn Dr. L. und ist noch dort; sie hat seitdem noch nicht wieder zu arbeiten anfangen können, weil sie noch immer Schmerzen in beiden Füssen und zwar im rechten mehr als im s. Z. verletzten linken (wie sie ausdrücklich sagt) habe, und in den Hüften und in den Schultern.

Sie glaubt nun, dass ihr ganzer jetziger Krankheitszustand auf den erwähnten Unfall zu schieben sei, und zwar ist sie der Ansicht, dass der Gelenkrheumatismus „wohl vielleicht auch ohne den Unfall wiedergekommen wäre, aber nicht so wie jetzt“.

Bei der Untersuchung zeigt sich die p. M. als eine aussergewöhnlich korpulente Frau mit keuchender Athmung. Es besteht ein Herzfehler, kenntlich an sehr beschleunigter Herzaktion mit blasenden Geräuschen, und an Vergrösserung der Herzdämpfung. — Die Befühlung beider Schultergelenke is schmerzhaft, an der rechten Hand sind die Fingergelenke

leicht geschwollen und schmerzhaft. — Die Bewegung in den Hüftgelenken verursacht ihr ebenfalls Schmerzen. Beide Kniegelenke zeigen verschwommene Umrisse, ihre Bewegungen sind schmerzhaft, und die aufgelegte Hand kann in beiden Gelenken bei der Bewegung laute knirschende Geräusche wahrnehmen. Ebenso ist das rechte Fussgelenk geschwollen und schwer beweglich und man hört hier ebenfalls Geräusche bei der Bewegung. — Das linke Fussgelenk, also das allein beim Unfall betroffene, zeigt keinerlei Anschwellung, ist gut beweglich, nicht schmerzhaft und lässt keine Geräusche bei Bewegungen wahrnehmen.

Danach leidet die p. M. an chronischem, öfters rückfälligem Gelenkrheumatismus. — Es fragt sich nun aber, ob der jetzige Zustand mit dem Unfall vom 13. Mai 1899 in einem ursächlichen Zusammenhange steht.

Ich führte nun in meinem Gutachten Folgendes aus:

Es ist eine noch offene wissenschaftliche Frage, ob bei einer Person, welche an chronischem Gelenkrheumatismus leidet, dieses Leiden durch die äussere (traumatische) Verletzung eines Gelenkes „wiederangefacht" werden kann. Immerhin ist die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges zuzugeben. — Es fragt sich aber, ob hier in unserem Falle die Wahrscheinlichkeit für einen solchen Zusammenhang spricht. Und das ist meines Erachtens besonders wegen des Verlaufes der Krankheitserscheinungen nicht der Fall. Nach dem Bericht des Herrn Dr. S. sind andere als das verstauchte linke Fussgelenk erst am 22. oder 23. Mai 1899 befallen (also erst 10 Tage nach dem Unfall). Diese Zeit würde schon gegen einen Zusammenhang sprechen. — Ferner ergiebt sich aus dem oben ausführlicher angegebenen Krankheitsverlauf, dass derjenige Rückfall des Gelenkrheumatismus, welcher am 23. Mai 1899 einsetzte, am 26. Juli 1899 wieder abgelaufen war, sodass die p. M. ihre Arbeit als Portiersfrau an diesem Tage wieder übernehmen konnte. Es ist also anzunehmen, dass am 26. Juli nicht nur die Verstauchung des linken Fussgelenkes abgelaufen war, sondern auch die möglicherweise durch die Fussverstauchung verursachte Wiederanfachung des Gelenkrheumatismus, sodass sich also die Wirkung des Unfalls zu jener Zeit erschöpft hatte.

Wenn dann die p. M. neuerdings ohne irgendwelche erweisliche Ursache an einem Anfall (Recidiv) ihres Gelenkrheumatismus erkrankt, so glaube ich, dass man zu der Annahme berechtigt ist, dass für diesen Rückfall ihrer seit zehn Jahren bestehenden Krankheit der Unfall bezw. die überstandene Verstauchung des linken Fussgelenkes keine Rolle mehr gespielt hat. — Und dieser Schluss scheint mir umsomehr berechtigt, als gerade das beim Unfall verletzte linke Fussgelenk das am wenigsten bei der jetzigen Erkrankung betheiligte Gelenk ist. — Gerade dieser letztere Umstand — dass eben das beim Unfall verletzte linke Fussgelenk jetzt das am wenigsten affizirte Gelenk ist — scheint mir entscheidend für die Verneinung des ursächlichen Zusammenhanges in unserem Falle zu sein. Läge das Gegentheil vor, wäre das beim Unfall verletzte linke Fussgelenk das am schwersten befallene Gelenk, dann wäre der Schluss berechtigt, dass es durch die Unfallverletzung zu einer intensiveren Lokalisation des Krankheitsprozesses in dem getroffenen Gelenk gekommen sei; dies ist aber eben hier gerade nicht der Fall.

Nach Alledem musste ich in Uebereinstimmung mit dem Vorgutachter mein Gutachten ebenfalls dahin abgeben, dass der am 13. Mai 1899 erlittene Unfall, seit dem 26. Juli 1899 keine Folgen mehr hinterlassen hatte, welche die p. M. in ihrer Erwerbsfähigkeit schädigten, und dass die rheumatische Erkrankung, an welcher die Untersuchte seit dem 16. September 1899 wieder leidet, mit dem Unfalle vom 13. Mai 1899 in keinem ursächlichen Zusammenhange steht, also weder durch denselben entstanden, noch auch durch denselben verschlimmert worden ist.

II.

Der Putzer H. H., 40 Jahre alt, welcher seiner eigenen Angabe nach im Jahre 1887 und 1894 eine Erkankung an Gelenk-Rheumatismus durchgemacht hatte, erlitt am 12. Dezember 1898 eine Distorsion des rechten Schultergelenks, welche im gewöhnlichen, durch etwaige rheumatische Erkrankung nicht komplizirten Verlauf zu einer Beweglichkeitsstörung des rechten Armes im Schultergelenk führte, wofür er seit Mai 1899 eine Unfallrente von 40 Prozent bezog. — Im August 1899 stellte er bei der Berufsgenossenschaft den Antrag auf Erhöhung seiner Rente, weil sein Leiden sich verschlimmert habe; seit Anfang Juli 1899 sei die rechte Schulter schmerzhafter geworden, so dass er sie garnicht bewegen konnte und auch in der linken Schulter sei Schmerz und Anschwellung aufgetreten. Nach 5 wöchentlicher Behandlung sei der frühere Zustand wieder eingetreten; die linke Schulter sei nicht mehr schmerzhaft; aber die Beweglichkeitsstörung in der verletzten rechten Schulter sei geblieben. — Die Untersuchung ergab denn auch das Bestehen dieser Beweglichkeitsstörung mit Abfall der Muskulatur der rechten Schulter und des rechten Arms. — Es fragte sich nun bei der Begutachtung, ob die Verschlimmerung des örtlichen, durch den Unfall verursachten Leidens der rechten Schulter in irgend welche Beziehung zu dem Unfall gebracht werden konnte. — Ich führte in meinem Gutachten aus, dass an und für sich ein Rückfall des Gelenkrheumatismus bei dem Untersuchten in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Unfallverletzung stände. Wenn aber, wie es hier der Fall gewesen, nach dem Gutachten des behandelnden Arztes, Dr. J., dieser Rückfall sich besonders in dem verletzten rechten Schultergelenk lokalisirt hat, doch in diesem Umstande der ursächliche Zusammenhang mit dem Unfall gegeben sei; denn in diesem Falle sei die Unfallverletzung und der sich daran knüpfende Zustand des verletzten Gelenks wohl als eine wesentlich mitwirkende Ursache der Gesammterkrankung anzusehen, welche allein durch ihre Lokalisation im affizirten rechten Schultergelenk die zeitige völlige Arbeitsunfähigkeit bedingte. — Wenn dann dieser Rückfall des Gelenk-Rheumatismus wieder abgeklungen war, wie es Ende August 1899 geschehen, dann ist auch, wie das der gegenwärtige Zustand beweist, die durch den Gelenk-Rheumatismus gefolgte Verschlimmerung des örtlichen Leidens wieder vorbei.

Auf Grund dieser Erwägungen gab ich mein Gutachten dahin ab, dass nach dem Attest des behandelnden Arztes, Herrn Dr. J., anzunehmen ist, dass in Folge des Unfalls vom 12. Dezember 1898 bei H. von Anfang Juli bis Ende August 1899 eine Verschlimmerung eingetreten war, dass diese Verschlimmerung aber wieder Ende August 1899 vorübergegangen war, und seitdem und auch gegenwärtig die Einbusse an Erwerbsfähigkeit wiederum auf 40 Prozent der früheren Erwerbsfähigkeit zu bemessen ist.

Man ersieht schon aus der angeführten Kasuistik, zu welch' einer Fülle von Fragen, die dem begutachtenden Arzte vorgelegt werden können, das Auftreten von Gelenk-Rheumatismus bei Unfallverletzten Veranlassung geben kann.

Die Frage, ob ein akuter Gelenk-Rheumatismus durch eine Verletzung eines Gelenks entstehen kann, wird nicht völlig von der Hand zu weisen sein, wenn man sich auf den neuerdings vielfach von hervorragenden Pathologen vertretenen Standpunkt stellt, dass der akute Gelenk-Rheumatismus durch eine Infektion mit „weniger virulenten" Eiterkokken verursacht

werde. R. Stern (Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten, 2. Heft, 1900) spricht sich darüber folgendermassen aus: „Allerdings ist ein Theil der bakteriologischen Untersuchungen, auf die sich diese Annahme stützt, von fraglichem Werth. Aber auch diejenigen, welche den akuten Gelenk-Rheumatismus für eine besondere, durch einen noch unbekannten spezifischen Erreger verursachte Infektionskrankheit halten, müssen zugeben, dass die Abgrenzung gegenüber manchen Fällen von Polyarthritis, die durch pyogene Kokken hervorgerufen werden, ziemlich schwierig ist.“ — Von französischen Autoren wird die Möglichkeit der traumatischen Entstehung des akuten Gelenk-Rheumatismus schon seit Jahren vertreten. Und unter den deutschen Autoren gewinnt in den letzten Jahren die Annahme immer mehr Boden, dass es sich beim akuten Gelenk-Rheumatismus um eine Infektionskrankheit handelt, um eine Art leichter Pyämie, verursacht durch weniger virulente pyogene Kokken. Wenn man aber auf diesem Standpunkt steht, dann liegt auch die Möglichkeit auf der Hand, dass das Auftreten eines akuten Gelenk-Rheumatismus durch ein Trauma, besonders ein solches, welches ein Gelenk durch Kontusion, Distorsion oder Luxation trifft, veranlasst werden kann. Die Analogie mit Osteomyelitis ist gegeben. — Bei der Begutachtung Unfallverletzter wird es dann Sache der gerichtlich-medizinischen Beweisführung sein, aus den Einzelheiten des Falles, aus dem Verlaufe desselben und aus den Nebenumständen sich den Beweis für oder wider im vorliegenden Falle zu konstruiren. — Während man in den Fällen, in welchen es sich um eine fragliche Entstehung eines akuten Gelenk - Rheumatismus nach einem Gelenktrauma handelt, immerhin bei dem betroffenen Individuum noch eine gewisse Prädisposition zur Erkrankung voraussetzen muss, so ist diese Prädisposition bei allen den Unfallverletzten, welche bereits einmal einen akuten Gelenk-Rheumatismus in ihrer Vergangenheit gehabt haben, ohne Weiteres anzunehmen. Fälle, in welchen bei Rheumatikern durch ein Gelenktrauma ausser dem verletzten Gelenk auch noch andere Gelenke erkranken, und es also zu einem Recidiv der Krankheit durch den Unfall kommt, sind daher leicht zu beurtheilen. Hier handelt es sich um die Verschlimmerung eines schon in der Anlage bestehenden Leidens, — eine solche Verschlimmerung ist aber nach der Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts der Entstehung eines neuen Leidens für die Versicherungspflicht gleichwerthig.

Aber auch noch weitere Fragen treten uns beim Vorkommen von akutem Gelenk-Rheumatismus bei Unfallverletzten entgegen. So werden sich Unfallverletzte, welche durch ein Gelenktrauma ein Recidiv bekommen, leicht in die Idee hineinleben, dass nunmehr ihre ganze rheumatische Erkrankung von jetzt ab mehr oder weniger als Folge des Unfalls anzusehen ist. Dem muss doch meines Erachtens ärztlicherseits durchaus widersprochen werden; vielmehr muss angenommen werden, dass sich die Wirkung des Traumas mit der Zeit erschöpft, abklingt, und dass nach dem Aufhören der Wirkung des Traumas in Bezug auf den rheumatischen Krankheitszustand bei dem Individuum wiederum die früheren Verhältnisse eingetreten sind; und wenn, wie es in meinem oben berichteten Fall I vorlag, späterhin ein Recidiv der Krankheit einsetzte, bei welchem sogar das beim Unfall verletzte Gelenk frei blieb, so hat man durchaus Recht, wenn man die Wirkung des Unfalls auf den Verlauf der Krankheit für erloschen erklärt.

Anders stellt sich wieder die Frage des ursächlichen Zusammenhanges, wenn bei einem an typisch recidivirenden Gelenkrheumatismus leidenden Menschen die Recidive sich vorwiegend in dem durch den Unfall verletzten Gelenk lokalisiren, wie es in meinem oben berichteten Fall II stattfand; hier muss meines Erachtens aus der Lokalisation des rheumatischen Prozesses in dem betroffenen Gelenk auf den ursächlichen Zusammenhang geschlossen werden.

Ein wichtiges Moment bei der Beurtheilung dieser Fälle bietet endlich auch noch die Zeitfolge zwischen Gelenktrauma und sich anschliessendem polyartikulären Rheumatismus. Je kürzer diese Zeit, desto wahrscheinlicher scheint mir der Kausalnexus, je länger, desto unwahrscheinlicher.

Lebensversicherung und Ohr.

Von

Dr. Felix Peltesohn.

Unter den Fragen, welche unsere Lebensversicherungsanstalten den zu Versichernden vorlegen, befinden sich gewöhnlich auch solche über den Zustand des Ohrs und der Hörfähigkeit. Der betreffende Antragsteller giebt dann, selbstverständlich nach bestem Wissen, darüber Auskunft, ob er jemals Ohrenschmerzen oder Ohrenlaufen gehabt hat und ob er schwerhörig ist oder sich eines guten Gehörs erfreut.

Nun weiss aber jeder einigermassen beschäftigte Ohrenarzt, wie wenig genau die meisten Menschen über die Schärfe ihres Gehörs unterrichtet sind, und wie unbestimmt für gewöhnlich die Angaben der Patienten und ihrer Umgebung über etwa vorangegangene Affektionen der Ohren lauten.

Unter den 6—800 ohrenkranken Kindern, die ich im Laufe eines Jahres in Dr. Neumann's Kinderpoliklinik zu sehen Gelegenheit habe, wissen die Mütter in den seltensten Fällen sich auf vorangegangene Erkrankungen des Gehörorgans ihrer Kinder zu besinnen, obgleich doch nach Lage der Dinge nur wenige Jahre darüber vergangen sein können.

Um wie viel weniger wird also ein Erwachsener über Krankheiten seines Ohrs in seiner Jugendzeit zu berichten wissen.

Eine Schwerhörigkeit auf beiden Seiten, die aber die Möglichkeit gewährt, noch Flüstersprache in einer Entfernung von 2—3 Meter deutlich zu verstehen, wird für gewöhnlich gar nicht als eine solche empfunden und deswegen auch nicht beim Examen erwähnt. Ebensowenig fühlen sich die meisten Menschen belästigt, wenn sie auf einer Seite geflüsterte Worte nur noch in 1 Meter Entfernung deutlich verstehen, dafür aber volle Hörschärfe auf dem andern besitzen. In einem solchen Falle dürfte der Antragsteller auch nicht von selbst angeben, dass sein Hörvermögen herabgemindert sei.

Hat der Betreffende dagegen in der Behandlung eines Ohrenarztes gestanden, so wird er nach der üblichen Praxis aufgefordert, ein Attest über den Charakter der damals behandelten Krankheit zu bringen. Doch verbürgt dieses, wie es scheint, allgemein übliche Verfahren keinerlei Sicherheit für die Gesellschaft, da über den augenblicklichen Zustand des Gehörorgans darin Nichts gesagt zu werden braucht.

Um also zu einer Gewissheit über den wahren Zustand des Gehörorgans des Antragstellers zu gelangen, müsste der Vertrauensarzt zu Ohrtrichter und Spiegel greifen, um sich ein genaues Bild von dem Zustande der Trommelfelle zu verschaffen und eine Gehörprüfung jedes einzelnen Ohres vornehmen, um sich über die Hörschärfe des zu Versichernden zu orientiren.

Der grösste Theil unserer Aerzte, also auch der Vertrauensärzte, ist aber gar nicht im Stande, sich ein Urtheil über die Erkrankungen des Gehörorgans durch eigene Anschauung und Prüfung zu verschaffen. Selbst die Geübteren unter ihnen, werden nur unsicheren Aufschluss darüber zu geben im Stande sein, ob z. B. im Gehörgang vorhandene flüssige Massen von schlechtem Geruch aus dem Mittelohr stammen und das Produkt einer chronischen Eiterung sind oder ob sie nur von der Reizung und Entzündung der Gehörgangshaut herrühren,

die vielleicht dem Eindringen von schmutzigem Badewasser, dem Eingiessen von ranzigem Oel und dem zufälligen Vorhandensein von Pilzen ihr Dasein verdankt.

Eher dürfte sich der Vertrauensarzt noch ein sicheres Urtheil über die Hörfähigkeit des zu Untersuchenden bilden. Allein auch hierbei sind bei einem Ungeübten grosse Irrthümer möglich, denn wenn auch das Postulat der technischen Vorbildung dabei fortfällt, so erfordert eine Hörprüfung lege artis eine eingehende Kenntniss der Methoden, ein Verständniss für den Hörwerth der bei der Prüfung verwandten Worte, eine Schulung in der absolut gleichmässigen Stärke der Flüsterstimme und Einiges mehr.

Wie wenig Verständniss und Sachkenntniss aber auch selbst für diesen verhältnissmässig einfachen Theil der Untersuchung bei den Aerzten, selbst bei den beamteten, vorhanden ist, geht aus dem hochinteressanten Artikel Körner's*) hervor, in dem er über das von ihm eingeholte Gutachten des Rechtslehrers Professor L. Oppenheim „Ueber fahrlässige Behandlung und fahrlässige Begutachtung von Ohrenkranken" berichtet und sich für die Nothwendigkeit eines Examens in der Ohrenheilkunde ausspricht. In diesem Artikel wird unter Anderem aktenmässig das traurige Schicksal eines Unfallverletzten geschildert, der nicht zu seinem guten Rechte kommen kann, weil die ihn begutachtenden Aerzte, darunter ein kgl. Kreisphysikus, nicht einmal mit den Elementen der Ohruntersuchung vertraut sind.

Hierher gehören auch in gewissem Sinne die scheinbar so sonderbaren Differenzen bei der Statistik von Schwerhörigkeit in der Schule: Als das preussische Kultusministerium eine Erhebung über die Schwerhörigkeit in den Schulen anordnete, und die bezüglichen Aufnahmen von Lehrern ohne Zuziehung von Ohrenärzten gemacht wurden, ergab sich nur in 2,1 Prozent Schwerhörigkeit, während die Untersuchungen von Bezold, Weil u. A. in ca. 26 Prozent Hörstörungen feststellen.

Aus welchen Gründen hat nun aber eine Lebensversicherungsgesellschaft bezw. ein zu Versichernder ein Interesse daran, dass bei der Aufnahme eine sachgemässe Feststellung des Zustandes seines Gehörorgans stattfinde?

Der Gesellschaft muss daran gelegen sein, dass nicht eine etwaige Erkrankung des Ohres übersehen wird, die zu einer Verkürzung der Lebensdauer des Antragstellers führen kann. Dem Antragsteller wird es darum zu thun sein, dass er nicht etwa abgewiesen oder zur Zahlung einer erhöhten Prämie angehalten wird, wo es sich garnicht um Erkrankungen handelt, die zu einem frühzeitigen Lebensende des Betreffenden Veranlassung geben können.

Die bisher giltigen Normen für die definitive bezw. zeitliche Zurückweisung eines Antragstellers haben nun aber durch die grossen Fortschritte, welche die Ohrenheilkunde namentlich nach der therapeutischen Seite im letzten Dezennium gemacht hat, einen erheblichen Stoss erfahren. Es erscheint daher wichtig, über diese eingetretenen Veränderungen in den Anschauungen der Ohrenheilkunde zu berichten und die sich daraus für die Lebensversicherung ergebenden Konsequenzen festzustellen.

Von den Ohrleiden, die zu einer erheblichen Verkürzung der Lebensdauer eines Menschen führen können, galt bisher die chronische Eiterung des Mittelohres als das bedenklichste und veranlasste stets eine definitive Zurückweisung des Antragstellers. Eine solche chronische Eiterung des Mittelohres kann in der That durch Uebergreifen auf die harte oder weiche Hirnhaut zu Entzündungen derselben führen, kann Abscesse des Gehirns hervorrufen, durch Verstopfungen der grossen Blutleiter des Gehirnes zu allgemeiner Pyaemie Veranlassung geben und damit einen frühzeitigen Tod herbeiführen. Ist neben der Eiterung eine Fistel des Warzenfortsatzes vorhanden oder ist in Folge der Eiterung eine einseitige Gesichtslähmung eingetreten, so wird die Gefahr einer Verkürzung der Lebensdauer noch erhöht. Dieselbe grosse Gefahr ist ferner vorhanden, wenn etwa Exostosen des äusseren Gehörganges existiren, welche den Abfluss des Eiters nach aussen erschweren.

Fand man also stinkenden Eiter im Gehörgange und sah man nach Entfernung desselben eine oder mehrere Perforationen des Trommelfelles, erschien die Schleimhaut der Paukenhöhle geröthet, geschwollen oder mit Eiter bedeckt, waren daneben vielleicht noch Polypen vorhanden, die bis in den Gehörgang hineinragten, so wurde der Antragsteller mit seinem Antrage auf Lebensversicherung unweigerlich abgewiesen.

Heutzutage wäre eine solche definitive Zurückweisung unberechtigt und eine ungerechte Härte gegen den zu Versichernden. Man ist jetzt in nicht zu ungünstigen Fällen sehr wohl im Stande, durch die sogenannte Radikaloperation eine radikale Heilung der chronischen Ohreneiterung zu Wege zu bringen. Das Wesentliche der genannten Operation besteht darin, die eiternde Paukenhöhle, den darüber gelegenen Kuppelraum und die dahinter und seitlich gelegene Höhle im Warzenfortsatz zu einem gemeinschaftlichen Raume zu vereinigen und die Oberfläche desselben zur Epidermisirung zu bringen.

Giebt man also im Falle einer chronischen Paukenhöhleneiterung mit Betheiligung der Nebenhöhlen dem Antragsteller den Rath — anstatt wie früher, ihn abzuweisen, sich einer solchen Operation zu unterziehen, und ist das gewünschte Resultat der Operation, worüber bisweilen nur ein Jahr zu vergehen braucht, eingetreten, so wird ein solcher geheilter Patient ganz ohne Bedenken von jeder Lebensversicherungsgesellschaft aufgenommen werden können.

Fernerhin unterscheidet und kennt die moderne Ohrenheilkunde sehr genau eine gewisse Form der chronischen Ohreneiterung, in welcher einzig und allein die Schleimhaut des Mittelohres erkrankt sein kann. Dabei findet sich meist eine mehr oder minder grosse Perforation des Trommelfelles vor, die in dem unteren Theil des Trommelfelles, sehr günstig für den Abfluss der abgesonderten Eitermengen gelegen ist. Die Nebenhöhlen des Ohres sowie die Gehörknöchelchen sind dabei ganz intakt geblieben.

In diesen besonderen Fällen, die das kundige Auge des Ohrenarztes häufig als solche sofort zu erkennen im Stande ist, genügt eine vorsichtige Spülung der Trommelhöhle mit desinfizirenden Lösungen (Aqua Chlori: Aq. destill. 4,0) oder eine Formalinlösung (1 : 1000) etc., um in überraschend kurzer Zeit die bisweilen seit vielen Jahren eiternde Paukenhöhle zur Heilung zu bringen. Die Schleimhaut des Mittelohres schwillt ab, verliert ihre hochrothe Farbe und wird knochengelb, die Eiterung versiegt vollkommen, kurzum man sieht durch die Perforation auf die nunmehr normal aussehende Paukenhöhle.

In früheren Zeiten pflegte man sich bei einem solchen therapeutischen Erfolge zu beruhigen. Heutzutage jedoch kann man sehr wohl daran denken, auch noch die im Trommelfell vorhandene Perforation zum narbigen Verschluss zu bringen. Nach dem Vorgange des russischen Arztes Okuneff kann man unter vorsichtiger Anwendung von Trichloressigsäure den Epidermisüberzug des Randes an alten Perforationen zum Schmelzen bringen. Unter dem Reize dieser Aetzungen, die in Zwischenräumen von 8 bis 14 Tagen vorgenommen werden sollen, können sich dicke, feste Narben bilden. Durch die Bildung

*) Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XXXV.

solcher fester Narben werden diejenigen Gefahren erfolgreich beseitigt, die sonst bei Durchlöcherungen des Trommelfelles vorhanden sind, nämlich Eindringen von reizenden Substanzen, Flüssigkeiten ins Mittelohr vom Gehörgange aus und leichtere Infektion des Mittelohres von der Tube aus in Folge der veränderten Luftdruckverhältnisse im Mittelohr. Hat sich also eine feste grosse Narbe gebildet, so steht der Aufnahme des Betreffenden in die Lebensversicherung zu den üblichen Bedingungen sicher Nichts im Wege.[1])

Hat sich jedoch unter Anwendung von Trichloressigsäure gar keine oder nur eine sehr dünne, kleine Narbe gebildet, so würde der von seiner Eiterung geheilte Patient mit einer erhöhten Prämie aufgenommen werden können. Kleine, dünne Narben können nämlich beim Schnauben, bei Backpfeifen, Kuss aufs Ohr, Detonation in der Nähe des Ohres leicht zerreissen, und bleibende Perforationen bieten, wie oben gesagt, ja immer eine gewisse Gefahr für das Mittelohr. Die chronischen Eiterungen des Ohres würden also unter den soeben auseinander gesetzten Bedingungen aus der Reihe derjenigen Krankheiten ausscheiden, die bisher immer zur definitiven Zurückweisung des zu Versichernden geführt haben.

Es bleiben also nur noch übrig alle bösartigen Geschwülste des Mittelohres, des äusseren Gehörganges und der Ohrmuschel. Hierher gehört auch der Lupus der Ohrmuschel und des äusseren Gehörganges, nicht wegen einer unmittelbaren Gefahr für das Leben, sondern weil erfahrungsgemäss Lupuskranke nur eine beschränkte Lebensdauer haben. Ich würde ferner zur unbedingten Abweisung rathen, sobald ein Antragsteller an dem sogen. Menière'schen Symptomenkomplex leidet oder gelitten hat und man sicher die Möglichkeit ausschliessen kann, dass diese Symptome von einer Erkrankung des Mittelohres herrühren. Obgleich die Aetiologie dieser Krankheit nicht klar ist, so hat man sie doch mit Tabes, Leukaemie, Syphilis, Gicht und Rheumatismus in Verbindung gebracht, also mit Krankheiten, die Grund genug zu einer Abkürzung der Lebensdauer geben. Die letztere kann aber auch ein frühzeitiges Ende finden, wenn der Betreffende in einer Attaque, wie das häufig ist, plötzlich hinstürzt und sich lebensgefährlich verletzt.

Damit wäre die Reihe derjenigen Krankheiten geschlossen, die zu einer unbedingten Abweisung des Antragstellers führen müssen. Zu einer Aufnahme mit erhöhter Prämie muss man rathen, wenn es sich um eine geheilte Eiterung des Mittelohres handelt mit persistenter Perforation oder kleiner, dünner, leicht zerreisslicher Narbe.

Als unbedenklich bei der Aufnahme können gelten: Alle Missbildungen der Ohrmuschel und des äusseren Gehörganges mit Einschluss der angeborenen Atresie desselben, ferner alle akuten Entzündungen, sowie die Furunkeln des äusseren Gehörganges. Hierher gehören ferner die Exostosen und Verengerungen des äusseren Gehörganges, wenn keine Eiterung besteht und alle auf Sklerose des Mittelohres oder Lokalisation im Labyrinth zu beziehenden Hörstörungen.

Auch die akute Entzündung des Mittelohres kann als vollkommen unbedenklich gelten. Nur wird man selbst nach vollkommener Restitution des Gehörs, Wiederkehr aller Kontouren des Trommelfelles und absoluter Schmerzfreiheit noch einige Monate verstreichen lassen müssen, da die neuesten Erfahrungen[1]) lehren, dass namentlich bei einer auf Invasion von Pneumococcen beruhenden Entzündung des Mittelohres noch längere Zeit nach vollkommener Heilung des Mittelohres Abscesse im Warzenfortsatz und an der Dura mater auftreten können.

Wir waren in dem Obigen bemüht, auseinander zu setzen, welche neuen Grundsätze in der Beurtheilung von Ohrenkrankheiten bei der Aufnahme in eine Lebensversicherung zu gelten haben und hoffen, dass die Versicherungsgesellschaften, ihre Vertrauensärzte und die zu versichernden Personen sich dieselben zu eigen machen und danach handeln werden.

[1]) Vergl. Peltesohn. Ueber eine neue, einfache Methode, persistente Perforationen des Trommesfelles zum Verschluss zu bringen. Berlin. Klin. Wochenschr. 1899. No. 16.

[1]) Leutert. Bakteriolog. — Klinische Studien über Komplikationen akuter und chronischer Eiterungen. Arch. f. Ohrenheilk. 47. Bd. S. 54.

Referate.

Allgemeines.

Die Vergiftungen in Betrieben und das Unfallversicherungsgesetz.

Von Prof. Dr. L. Lewin.
(Deutsche Med. Wochenschr. 1900, No. 20.)

Der Verf. macht in geistvoller Weise darauf aufmerksam, welche Schwierigkeiten sich darbieten die Vergiftungen bezw. die dadurch verursachten Erkrankungen unter die Wirksamkeit des Unfallversicherungsgesetzes zu bringen. Er erinnert an die Auffassung des Reichsgerichts (Entsch. des Reichsgerichts in Civilsachen, Bd. XXI, S. 77, Urtheil v. 6. Juli 1888): „Unter „Unfall bei dem Betriebe“ im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes ist schon nach dem Wortsinne ein mit dem Betriebe in Zusammenhang stehendes „zeitlich bestimmtes Ereigniss“ zu verstehen, welches in seinen möglicherweise erst allmählich hervortretenden Folgen den Tod oder die Körperverletzung des Versicherten verursacht hat. Keine Bestimmung des Gesetzes lässt erkennen, dass das Wort „Unfall“ in einem weiteren Sinne aufzufassen, insbesondere auch eine Reihe nicht auf bestimmte Ereignisse zurückzuführender Einwirkungen, welche in ihrem Zusammentreffen allmählich zum Tode oder zur Körperverletzung führen, als Unfall im Sinne des Gesetzes anzusehen ist.“ — Verf. meint, dass es doch zu bedenken sei, dass es gewisse Begriffe giebt, deren Definition sich mit Sicherheit nur dann geben lässt, wenn die Induktion das wesentliche Material dafür liefert; und die Elemente für diese Induktion könne nur das praktische Leben liefern d. h. die unendliche Fülle von möglichen Ereignissen, die sich aus der Wechselwirkung zwischen dem Menschen und den toten Objekten ergebe. — L. macht nun darauf aufmerksam, dass das Reichsversicherungsamt bei seiner Rechtsprechung in der Auffassung eines Unfalles von dem „Plötzlichen“ in der Zeitausdehnung mehrfach abgesehen hat, und dass es auch einen Unfall anerkannt hat, wenn die Dauer eines „zeitlich bestimmten Ereignisses“ eine ganz beträchtliche war und von der Plötzlichkeit weit ablag. Es wurde ein Betriebsunfall anerkannt, wenn der betreffende Vorgang in einer oder mehreren Stunden oder sogar in einer Arbeitsschicht von circa sechs Stunden aus einer zusammenhängenden Reihe von gleichartigen oder ungleichartigen schädigenden Einwirkungen bestand. — Nun giebt es aber in den „Giftbetrieben“ chronische Vergiftungen, und der Verf. will in seinen Schriften (Untersuchungen über die kumulative Wirkung der Gifte. Deutsche Med. Wochenschr. 1899, No. 43) den Nachweis geführt haben, „dass der Prozess der chronischen Vergiftung sich aus einzelnen Unfällen zusammensetzt, von denen jeder sich in den Rahmen des Un-

fallversicherungsgesetzes einfügt." „Die landläufige Auffassung sieht in dem Zustandekommen des Endresultates die Folge einer kontinuirlichen Einwirkung des Giftes, während ich dieselbe von gehäuften Unfällen ableite, von denen jeder einzelne eine erhöhte Disposition für eine energischere Einwirkung eines zweiten und folgenden schafft." Das Kriterium des Unfalles könne wissenschaftlich weder der terminalen Einwirkung beispielsweise eines Gases beim Einathmen, noch ihren Vorgängern bestritten werden. —

Zum Beweise, dass die Schwierigkeit der Bestimmung der Zeit, welche für einen Betriebsunfall erfordert wird, zu Widersprüchen in der Rechtsprechung führen, erwähnt Verf. einzelne Rekurs-Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamtes, welche man jedoch wohl auch anders auffassen kann, als es seitens des Verfassers geschieht.

Schliesslich erwähnt L. die Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamtes über Seeunfälle, und dass die oberste Instanz in Unfallversicherungssachen es ausgesprochen hat, dass der Kreis der entschädigungspflichtigen Betriebsunfälle bei der Zwangslage, in welcher sich die Schiffsbesatzung während der Fahrt befinde, für die Seeunfallversicherung möglichst weit zu ziehen sei. L. hält diese Ausnahmestellung der Seeunfälle für durchaus berechtigt, verlangt eine ebensolche Ausnahmestellung aber auch für die „Giftbetriebe".

„Der Ausnahmestellung, welche die Gifte unter den gewerblichen Schädlichkeiten einnehmen, müsse auch entweder eine weitere Auslegungsmöglichkeit der bestehenden Gesetze oder eine besondere gesetzliche Berücksichtigung entsprechen." B.

Chirurgie.

Zur Kasuistik der Sehnenzerreissungen.

Von Dr. Oskar Vulpius-Heidelberg.
(Münch. Med.-Woch. 1900. No. 17.)

Sieben Fälle, von denen vier ein besonderes Interesse beanspruchen. Zweimal war die lange Sehne des zweiköpfigen Armbeugers zerrissen. Das Bild dieser Verletzung ist sehr bezeichnend. Wenn der Arm schlaff herunterhängt, sieht man oberhalb des Muskelbauchs des Biceps eine Stelle, die am anderen Arm fehlt; wenn dagegen der Arm aktiv kräftig gebeugt wird, nimmt der Muskel eine eigenthümlich gewundene, wurmförmige Gestalt an. Seltsamer Weise ist bei dem einen dieser Verletzten, einem alten Manne, der Riss ohne bekannte Ursache und mit geringen Beschwerden entstanden und hat keine dauernde Störung in der Bewegungsfähigkeit hinterlassen.

Der breite Rückenmuskel (latissimus dorsi), zerriss bei einem 32jährigen Manne in dem Augenblick, wo er gleichzeitig passiv gedehnt und aktiv kräftig zusammengezogen wurde. Der Betreffende wollte nämlich eine Turnübung am Barren machen, bei der er sich mit vorgestreckten Armen aufstützen und gleichzeitig hochschwingen musste. In diesem Augenblick verspürte er einen Krach, als ob das Hemd zerreisse und dann einen mässigen Schmerz. Verfasser sah ihn drei Wochen später und stellte fest, dass beim Versuche, den Muskel zusammenzuziehen, ein weit nach hinten rückender, kugeliger Wulst sich bildete, und die hintere Wand der Achselhöhle eine auffallende Lücke zeigte.

Am meisten Nachdruck legt Verfasser auf folgenden Fall von beiderseitiger Abreissung der Strecksehne des Oberschenkels: Ein alter Fuhrmann, der gewohnt war, bis vor einigen Jahren täglich seine 10 bis 20 Stunden neben dem Lastwagen einherzuschreiten, hat vor fünf Jahren bei einem Fehltritt auf einer kleinen Treppe ein Krachen im Kniegelenk verspürt, und ist danach zusammengebrochen. Nach einigen Wochen konnte er wieder anfangen zu gehen und brachte es so weit, dass er etwa sechs Stunden am Tage wieder laufen und auch schwere Kisten heben konnte, wenn er auch etwas hinkte. 1897, als er wieder einmal einen langen Marsch hinter sich hatte, stürzte er bei ruhigem Gehen auf ebenem Boden plötzlich zusammen. Diesmal schwoll das linke Kniegelenk an. Der kurz nachher zu Rathe gezogene Verfasser fand an dem abgemagerten, rechten Bein die Kniescheibe mit ihrem oberen Rand auffallend vorstehend, über ihr eine tiefe Furche, auf deren Grunde man den Oberschenkelknochen durchfühlen konnte. Die Streckung des Unterschenkels gelang bis zu 150 Grad; hierbei sprangen beiderseits dicke Fascienstränge mächtig vor, während man den abgerissenen, unteren Rand des Streckmuskels drei Finger breit über der Kniescheibe fühlte. Wurde das Kniegelenk gebeugt, so sah man durch die Haut die Umrisse der Rollhügel und der dazwischen liegenden Grube und die Kniescheibe rückte tief nach unten. Das linke Kniegelenk war stark geschwollen; auch hier konnte man fühlen, dass dicht an der Kniescheibe der Streckmuskel abgerissen war, doch wich er bei gestreckter Stellung nur einen Centimeter weit, bei gebeugter drei Centimeter weit, zurück. Aktive Streckung war unmöglich. Links wurde ein blutiger Eingriff vorgenommen, der in der Annäherung der Strecksehne an die Knochenhaut der Kniescheibe bestand. Der Erfolg war gut, der Verletzte trug nur kurze Zeit einen Gypsverband und dann einen Schienenhülsenapparat, bald konnte er ohne jeden Apparat wieder gehen und seine Berufsgeschäfte erledigen.

Die Erklärung dafür, dass ohne jede Gewalt-Einwirkung die schwere Verletzung beiderseits entstehen konnte, ist in einer fettigen Entartung der Sehne gegeben, die sich schon bei der Operation durch die gelbe Verfärbung derselben offenbarte und nachträglich durch mikroskopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens bestätigt wurde. Vielleicht ist an dieser krankhaften Veränderung die kolossale Arbeitsleistung schuld, die der Mann so viele Jahre seinen Beinen zugemuthet hat.

Zu erkennen sind solche Verletzungen bei den sehr bezeichnenden sicht- und fühlbaren Veränderungen, die sie schaffen, leicht. Was für Folgen sie haben, das hängt von der Ausdehnung des Risses ab. Wenn der sogenannte Reserve-Streckapparat, — die sehnigen Stränge, die von den seitlichen Antheilen des Streckmuskels zur Kniescheibe und zur Kapsel des Kniegelenks ziehen —, nicht mit verletzt ist, dann kann der Unfall verhältnissmässig geringe Folgen haben. Anders, wenn die seitlichen Theile der Kapsel mit durchgerissen sind, dann kann nur ein, mit Gummibändern, die einen künstlichen Streckmuskel bilden, versehener Schienenhülsenapparat oder besser noch die blutige Naht der zerrissenen Sehne helfen. Die Erfolge der letzteren, die mit Catgut, Känguruhsehnen oder Silberdraht ausgeführt wird, sind recht günstig, wenn auch freilich weder die Streckung noch die Beugung immer ganz vollkommen wird. Es ist auffallend, dass auch im vorliegenden Falle, trotz der Gewebsentartung der Dauererfolg so gut war. Immerhin ist die Gefahr eines Wiedereinrisses noch keineswegs überwunden.

Gewissermassen als Anhang wird ein Fall beschrieben, in dem das untere Ende der Kniestrecksehne, das Kniescheibenband, allerdings mit einem Stück vom Unterschenkelknochen, abgerissen war. Es handelte sich um eine 51jährige Frau, die im Zimmer hingefallen war. Der Befund bot keine Besonderheiten. Als es auf andere Weise nicht gelang, eine Besserung zu erzielen, wurde die Stelle der Verletzung operativ freigelegt und es fand sich, dass das obere Ende des Schienbeins durch eine ganz weiche Geschwulst von innen her aus-

gefüllt war. Nach Auslöffelung der Geschwulstmassen, die sich als ein Riesenzellsarcom vom Knochenmark aus erwiesen, stellte sich überraschender Weise ohne Knochennaht die Bewegungsfähigkeit des Beins in fast normaler Weise wieder her.

Doppelseitige Ruptur der Quadricepssehne.

Von Dr. Julius Flesch-Wiener.
(Allg. Wien. med. Ztg. 1900 No. 8.)

Ein 64jähriger Mann giebt an, vor fünf Jahren durch einen Fall eine Verletzung am linken Bein erlitten zu haben, bei der die Kniescheibe hoch nach oben gerutscht sei und sich ein mächtiger Bluterguss unter der Haut gebildet habe. Damals wurde er mit Kälte und Ruhelage behandelt. Zur Zeit fühlt man die Kniescheibe an richtiger Stelle und nur das Kniescheibenband verdickt, doch kann der Mann das linke Knie aktiv nur bis 150° strecken und ist ohne Stock beim Gehen unsicher.

Neuerdings ist er auf der Strasse ausgeglitten und kam mit gespreiztem und im Kniegelenk gebeugtem rechtem Bein zu Falle. Ohne Schmerzen konnte er mit seinem Stock noch ein Stück gehen. Die Untersuchung ergab, dass oberhalb der sehr beweglichen Kniescheibe rechts die tastende Hand des Untersuchers in eine Grube gerieth, auf deren Grunde der Knochen unmittelbar unter der Haut zu fühlen war. Die Grube war theilweise mit Flüssigkeit (Blut) ausgefüllt, darüber fühlte man den wulstig verdickten, etwas schmerzhaften Muskel. Also war jetzt der Strecker des rechten Beins, diesmal oberhalb der Kniescheibe, zerrissen.

Die Heilung erfolgte unter Ruhigstellung des Beins und Anlegung von Heftpflasterstreifen, durch welche die Rissenden einander möglichst genähert wurden, in einigen Wochen soweit, dass die Rissstelle durch eine Muskelschwiele ausgefüllt und die aktive Streckung des Beins bereits eben möglich war.

Verf. ist geneigt, die leichte Zerreissbarkeit der Muskeln bezw. Sehnen in diesem Falle auf eine ungewöhnliche Härte und Festigkeit der sehr massiven Knochen zurückzuführen die sonst zu brechen pflegen, ehe die Muskeln und Sehnen zerreissen.

Ueber Muskel- und Sehnenrisse im Biceps.

Von Oberarzt Dr. Ernst Pagenstecher-Wiesbaden.
Münch. Med. Woch. 1900. No. 17.

Die Arbeit betrifft nur die praktisch recht wichtigen Ein- und Abrisse des langen Biceps-Kopfes. Dieselben sind scharf gekennzeichnet: Während normaler Weise der Wulst des Biceps von dem des Delta-Muskels nur durch eine seichte Furche getrennt ist, entsteht nach Abreissung des langen Kopfes bei jeder Beugung eine tiefe Grube unter dem Delta-Muskel, unterhalb deren ein Muskelwulst vorspringt. Bei erschlafftem Arm kann man durch massirende Bewegungen die Muskelmasse so weit nach oben schieben, dass der Arm wieder das Aussehen des gesunden hat. Dies gelingt aber, wenn die Verletzung einige Zeit her ist, nicht mehr. Da der Muskel einschrumpft, tritt auch der Kontraktionswulst dann weniger hervor. Immerhin ist noch nach Jahren die Grube zwischen den beiden Muskeln deutlich erkennbar.

Seltener als diese Erscheinung tritt eine andere bemerkenswerthe Folge der Abreissung ein. Da nämlich die Sehne des langen Kopfes durch das Schultergelenk über den Kopf des Oberarmknochens hinwegzieht, und auf diese Weise die Festigkeit des Gelenks verstärkt, kann durch den Ausfall dieser Sehnenspannung das Gelenk gelockert, subluxirt, werden. Der Oberarmkopf legt sich dann nicht mehr so genau der Pfanne an, er rückt etwas nach oben, dicht unter das Schulterdach. Die Folge davon ist, dass einerseits unpassende Knochenflächen aufeinander zu schleifen kommen, andererseits die Hebung des Oberarmes eine vorzeitige Hemmung durch das Anstossen des Knochens an die Schulterhöhe erfährt. Eine schleichende chronische Entzündung kann die Folge davon sein. Das soeben geschilderte Verhalten beobachtete Verf. bei einem 67jährigen Manne, welcher dadurch einen Unfall erlitt, dass ein von ihm am Stricke geführtes Kalb plötzlich sehr heftig anzog. In diesem Augenblick fühlte er einen höchst heftigen Schmerz und der Arm fiel kraftlos herab. In der Folgezeit traten die Erscheinungen einer schmerzhaften Hemmung im Schultergelenk so in den Vordergrund, dass in mehreren Kliniken nur eine chronische Gelenkentzündung, wie sie bei alten Leuten häufig vorkommt, angenommen wurde. Verfasser machte eine Röntgenaufnahme und fand den Kopf des Oberarmes in der vorhin beschriebenen Weise aufwärts gerückt. Die Erklärung für das ganze Krankheitsbild bot sich ihm erst, als er die Kennzeichen des alten Bicepsrisses entdeckte.

[Es ist ganz bemerkenswerth, dass hier, wie in dem genau beschriebenen Vulpius'schen Falle von Zerreissung der Oberschenkelsehne, die Verletzung im Greisenalter erfolgte.]

Bei oberflächlichem Zusehen könnte gelegentlich ein Muskelriss mit einem einfachen Bluterguss oder einer Muskelhernie verwechselt werden. Dies ist aber leicht zu vermeiden. Ein Bluterguss bildet eine Vorwölbung, die sich bei erschlafftem Muskel ebenso wie bei angespanntem anfühlt, und neben der der normale Umriss des Muskels fühlbar ist. Als Muskelhernie bezeichnet man bekanntlich das Sichvordrängen von Muskelmasse durch einen Riss in der bindegewebigen Hülle des Muskels. Sie bildet einen richtigen umschriebenen Wulst, über dem bei Zusammenziehung des Muskels keineswegs eine Grube entsteht. Uebrigens glaubt Verfasser nicht, dass beim Biceps, der keine sehr straff gespannte Fascie hat, Hernien bisher beobachtet worden sind.

Was die Behandlung betrifft, so erfordern mässige Einrisse kaum einen Eingriff, da sie auffallend wenig Bewegungsstörungen veranlassen. Bei völligem Abreissen der Sehne wird man die Muskelnaht vorschlagen, worauf allerdings nach des Verfassers Erfahrungen die Kranken selten eingehen.

Rente in zwei Fällen von Zerreissung des Biceps.

Von San.-Rath Dr. Kornfeld-Grottkau.
(Mon. f. Unf. 1899, No, 11.)

Der erste Fall betrifft einen Landmann, dem von früher her schon die rechte Hand fehlt. Er behauptet, durch einen sinnreich ersonnenen Apparat, den er trägt, zwei Drittel der früheren Arbeitsfähigkeit wiedergewonnen zu haben. Nun hat er neuerdings noch eine Quetschung des linken Oberarmes erlitten, die nicht näher beschrieben wird. Seitdem, so behauptet er, schläft ihm bei anstrengender Arbeit der linke Arm ein, sodass er Pausen machen muss. Unmittelbar nach der Verletzung soll nach Aussage des erstbehandelnden Arztes im unteren Theil des Biceps die Muskelbinde eingerissen und ein kartoffelgrosser Wulst Muskelgewebe herausgetreten sein, gleichzeitig aber sei „jedenfalls“ Muskelgewebe zerrissen, Blut ausgetreten und eine Reizung kleiner Nervenzweige erfolgt. Gegenwärtig fühlt sich der linke Biceps am Uebergang in seine Sehne narbenähnlich hart an. Es lässt sich ein kleiner wurstartiger Strang nach innen von der Sehne abgrenzen, der mit dieser abwärts zieht. Druck an dieser Stelle ist schmerzhaft.

Nach der Beschreibung hat es sich aller Wahrscheinlichkeit nach hier nicht um eine Muskelhernie, wie sie der erste Arzt annahm, sondern um eine reine Muskelzerreissung gehandelt. Verfasser berührt übrigens diese Frage garnicht.

Die Rentenberechnung ist etwas verwickelt. Bekanntlich entschädigen die landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften nicht nach dem thatsächlichen, sondern nach dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst. Nun müsste man aber im vorliegenden Falle, d. h. beim Fehlen der rechten Hand annehmen, dass der Untersuchte bereits vor dem Unfall — nach der ständigen Rechtsprechung des R. V. A. — höchstens 40 Prozent, und wenn man es selbst für glaubwürdig hält, dass er besser als Andere verstanden hat, den Verlust der Hand auszugleichen, jedenfalls nicht mehr als 60 Prozent der Durchschnittserwerbsfähigkeit hatte. Von diesen 60 Prozent dürfte er ein Viertel durch die Bicepszerreissung eingebüsst haben. Es ist ihm also eine Rente von 75 Prozent zuzuerkennen. Das Schiedsgericht entschied demgemäss.

Viel schwerer war die Verletzung im zweiten Falle. Hier war der betr. Arbeiter mit dem rechten Arm in die Welle einer Dreschmaschine gerathen. Der zuerst zugezogene Arzt hatte eine partielle Muskelzerreissung und Fehlen des Pulses am rechten Vorderarm gefunden. Wie weit die Bewegung der einzelnen Muskelgruppen gestört war und die Hautempfindung fehlte, ist aus dem recht summarischen Bericht nicht zu ersehen. Es ist nur beiläufig bemerkt, dass die Rückwärtsbeugung der Haut aktiv unmöglich war, aber durch Elektrizität wieder hergestellt wurde, und dass das Gefühl am rechten Daumen fehlte. Der Verletzte konnte den Arm ein Vierteljahr garnicht brauchen und erst nach einem Jahre wieder etwas arbeiten. Während er dem ersten Arzte über Kriebeln und Taubsein in dem Arm geklagt hatte, spricht er jetzt, acht Jahre nach dem Unfall, nur noch von Kraftlosigkeit des Armes beim Heben aber nicht beim Zufassen, und davon, dass ihm bei festem Beugen im Ellbogengelenk der Arm einschläft und herabsinkt.

Die Oberarmmuskulatur ist sehr schlaff, man sieht und fühlt den Biceps in zwei Theile, einen oberen und einen unteren getheilt, die durch einen zwei Querfinger breiten Zwischenraum getrennt sind. Der Oberarm ist im allgemeinen 2 cm, an einer Stelle 4 cm dünner als der der andern Seite, die Beugung ist unbehindert, doch zieht sich dabei nur der obere Theil des Biceps zusammen. Die Rente ist von 65 allmählich auf 30 Prozent herabgesetzt worden.

Es ist zu bedauern, dass dieser vielseitig interessante Fall, bei dem anscheinend eine Muskel-, Nerven- und Gefässverletzung mit auffallend günstigem Ausgange vorhanden war, nicht noch eingehender geschildert wird.

Ueber traumatische Knochen-Neubildungen im Musculus quadriceps femoris und Musculus temporalis.

Von Johannes Petzold.
(I.-D., Leipzig 1899.)

Verf. beginnt mit einer Uebersicht der bisher beobachteten seltenen Knochenbildungen im Streckmuskel des Knies. In dem neuen Fall, den er mittheilt, handelte es sich um einen Primaner, der sich beim Bockspringen heftig an die Vorderfläche des linken Oberschenkels gestossen hatte. Nach geringen anfänglichen Beschwerden verlor er allmählich die Beugefähigkeit des Beins. Zwei Monate nach der Verletzung wurde im unteren Theil des grossen Streckmuskels eine wenig verschiebliche, knochenharte Masse gefühlt, in der man einen Auswuchs des Oberschenkelknochens vermuthete. Bei der Operation fand sich aber, dass es sich um eine Knochen-Neubildung im Muskel selbst handelte, die denselben schwammig durchsetzte und von entzündlich infiltrirten Bindegewebsmassen umgeben war.

Einzig dastehend in der Literatur ist der folgende Fall, bei dem die Knochenbildung an ganz ungewöhnlicher Stelle vor sich gegangen war. Ein junger Arbeiter glitt aus und fiel mit der linken Schläfe an eine Ziegelkante. Die anfänglich vorhandene Schramme heilte rasch. Acht Tage nach dem Unfall hatte der Verletzte mit einem Mal Schmerzen in der Schläfengegend und bekam die Zähne nicht mehr auseinander. Nach weiteren drei Wochen ergab die Untersuchung eine über bohnengrosse, knochenharte, anscheinend über dem Knochen verschiebliche Geschwulst im Schläfenmuskel. Sie war mit den Muskelfasern innig verbunden und sass der Knochenhaut auf. Leider ist grade bei diesem Fall das Präparat verloren gegangen und konnte nicht mikroskopisch untersucht werden.

Die Muskelknochen bilden sich entweder durch oft wiederholte mässige Reize (Exerzir- und Reitknochen) oder nach einmaligen stärkeren Verletzungen. Da ihre Entstehung verhältnissmässig selten ist, muss man eine gewisse Veranlagung annehmen. Der Vorgang bei der Knochenbildung wird vom Verf. so aufgefasst, dass in der Folge der Verletzung der Muskel sich entzündet und aus dem hierbei entstehenden Bindegewebe theils mit, theils ohne vermittelnde Knorpelbildung echte Knochensubstanz hervorgeht.

Der Arthromotor.

Von Dr. Scholder-Lausanne.
(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte No. 6, 1900.)

Die bis jetzt für die mediko-mechanische Behandlung konstruirten Apparate sind fast durchwegs aktive, rein gymnastische Apparate, bei deren Benutzung der Uebende die physiologische Bewegung mit voller Amplitude, die jeweilen in dem betreffenden Gelenke möglich ist, selber auszuführen hat. Verf. stellte sich die Aufgabe, eine Maschine zu kombiniren, die für jedes Gelenk der Extremitäten sowohl aktiv als passiv verwendet werden kann, ferner es ermöglicht, dass die einzelne Bewegung in schonendster Weise für die Gelenke durch eine besondere Vorrichtung von der schwächsten in die stärkste, d. h. ausgiebigste Bewegung ganz allmählich übergeführt werden kann, dass die Bewegung in zu graduirender Weise, d. h. in kürzerem oder schnellerem Tempo ausgeführt werden kann, dass sowohl die aktiven als die Pendelbewegungen in jedem gewünschten Sektor limitirt, d. h. jede Phase einer aktiven Normalbewegung einzeln ausgeführt werden kann und überdies, dass die Abnahme des Widerstandes in jedem Moment zu bewerkstelligen ist. Allen diesen Anforderungen entspricht der „Arthromotor“ genannte Apparat. In Bezug auf die Einzelheiten der Konstruktion muss auf das Original verwiesen werden, dem zum leichteren Verständniss eine Tafel mit zwölf Abbildungen beigegeben ist.

—y.

Innere Medizin.

Darmbakterien und Darmbakteriengifte im Gehirn.

Von Dr. Johannes Seitz-Zürich.
(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte No. 4—5, 1900.)

Verf. theilt eine Reihe von sehr interessant verlaufenen Krankheitsfällen, zum Theil unter Beifügung der wesentlichsten Ergebnisse der Obduktion, mit, aus denen er die Annahme herleitet, dass Bakteriengifte und Bakterien vom Verdauungstraktus aus Eingang ins Blut finden und bis zum Gehirn vordringen können. Der Tod erfolgt in solchen Fällen, nachdem mehr oder weniger heftige Darmerscheinungen vorausgegangen sind, unter schweren Gehirnsymptomen, die an das Bild der Meningitis denken lassen. Im Gegensatz hierzu ergiebt die Sektion keine der Meningitis und Encephalitis entsprechenden pathologischen Veränderungen. Wenn sich auch nur mühevoll und oft höchst spärlich Bakterien der Staphylo-, Streptokokken- und Koligruppe nachweisen lassen, so ist die Ursache der Vorgänge doch nach Verf.'s Ansicht nur in einer

Wirkung der giftigen Stoffwechselprodukte der Bakterien zu suchen. —y.

Ein Beitrag zur Kenntniss der scharlachähnlichen Influenza-Exantheme.

Von Dr. Bruno Sellner-Brünn.

(Prager med. Wochenschr. No. 50, 1899.)

So leicht bei einem typischen Exanthem und regelrechter Angina die Diagnose „Scharlach" zu stellen ist, so schwer kann in manchen Fällen die richtige Beurtheilung des Krankheitsfalles sein. Es kommen in differentialdiagnostischer Beziehung zunächst jene Exantheme in Betracht, die toxischer Natur sind und von Magen-Darmerkrankungen ausgehen, ferner medikamentöse Exantheme, insbesondere Ausschläge nach Verabfolgung von Chinin, Diphtherieheilserum und anderen Mitteln. Auch im Verlaufe verschiedener Infektionskrankheiten können scharlachähnliche Exantheme auftreten, so beim akuten Gelenkrheumatismus, der Sepsis und, worauf Verf. des Näheren eingeht, der Influenza. Letztere Krankheit bildet eine reiche Auswahl verschiedener Formen von Hautaffektionen; so wurden beobachtet: morbillöse und scarlatinöse Exantheme, Urticaria, Herpes zoster, Erythema nodosum und Miliaria. Verf. theilt mehrere Fälle mit, bei denen ein scarlatinöses Exanthem konstatirt werden konnte, wo es sich aber unzweifelhaft nur um Influenza handelte. Uebrigens muss daran erinnert werden, dass gelegentlich auch eine starke Schweisssekretion ein Exanthem erzeugen kann, dass zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung giebt. —y.

Ueber Glasbläsermund und seine Komplikationen.

Von Geh. San.-Rath Dr. Scheele-Wiesbaden.

(Berl. Kl. Wochenschr. 1900. No. 10 u. 11.)

Der Glasbläser setzt bei der Ausübung seines Gewerbes seinen Mund einem sehr hohen Innendruck aus. So entsteht bei einer Anzahl dieser Arbeiter, und zwar bei einem nicht sehr grossen Prozentsatz, eine Reihe eigenthümlicher Veränderungen.

Wenn nämlich die Backen immer wieder gewaltsam aufgeblasen werden — was geschickte Arbeiter zu vermeiden scheinen — so weichen die Bündel der Wangenmuskulatur auseinander, die Wange fühlt sich etwa so an wie ein Herzohr, bei dem ganz dünne Wandstellen mit einem kräftigen Balkenwerk abwechseln. Wird nun der Mund aufgeblasen, so treten die Backen ballonartig vor, ausserdem aber wird in manchen Fällen Luft in den Ohrspeicheldrüsengang eingetrieben. Man sieht dann schon äusserlich einen Wulst quer durch die Wangengegend ziehen, der sich anfühlt, wie ein Luftkissen und bei Druck knistert. Betrachtet man, während auf den Wulst gedrückt wird, das Innere der Wange, so sieht man schaumige Flüssigkeit aus der Mündung des Stenonschen Ganges vorquellen. Aehnliches hat schon Hyrtl bei Trompetern festgestellt.

Den Glasbläsern eigen ist ferner eine Veränderung der Mundschleimhaut in Form weisslicher Flecke, innerhalb deren die Schleimhaut trübe, gefurcht, „wie gekocht" aussieht. Diese „plaques opalines" dürfen nicht mit der Leukoplakia syphilitica verwechselt werden, auch von Tabakgenuss rühren sie bei diesen Arbeitern nicht her, da dieselben tagsüber keine Cigarre oder Tabakspfeife in den Mund nehmen können und deshalb schwache Raucher sind.

Etwas weit geht Verfasser, wenn er Ohrkrankheiten, die er bei Glasbläsern gesehen hat — zweimal chronische Mittelohrkatarrhe, einmal eine Labyrintherkrankung — auch als gewerblichen Ursprungs anzusehen geneigt ist. Er meint, die starken Luftdruckschwankungen in der Mundhöhle könnten sich nach dem Ohr hin fortpflanzen und dies schädigen.

Einer der von S. untersuchten Glasbläser hatte Krampfanfälle, die in rascher Folge einige Tage hintereinander, weder vor- noch nachher auftraten, aber nicht ärztlich beobachtet wurden.

Eine besondere Glasbläserkrankheit soll endlich noch die in Frankreich als „main en crochet" (Hakenhand) bezeichnete Verunstaltung der Finger sein. Verfasser hat sie zweimal gesehen. Die Knochenenden an den ersten Fingergelenken sind verdickt, wie bei einer Gelenkentzündung, dabei aber schmerzlos, der vierte und fünfte Finger stehen in Beugekontraktur. Angeblich rührt diese Veränderung vom Halten der Glaspfeife her und findet sich hauptsächlich bei älteren Arbeitern.

Fremdkörper der Lunge und dessen Diagnosenstellung mittelst Röntgen'scher Strahlen.

Von Dr. E. Bärri-Jonen.

(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte No. 7, 1900.)

Ein Mann verschluckte angeblich am 8. Dezember 1898 eine 5 cm lange, mit kleinhaselnussgrossem Kopf versehene Nadel. Mehrere Röntgen-Aufnahmen, wenige Tage nach dem Vorfall ausgeführt, ergaben kein Resultat; auch genaue Untersuchungen des gesammten Intestinaltraktus gaben über den Sitz der Nadel keinen Aufschluss. Es wurde vermuthet, dass dieselbe entweder schon abgegangen sei oder sich an irgend einer Stelle des Darmtraktus befinde, wo die Dicke der Weichheile, z. B. der Leber, ihren radiographischen Nachweis sehr erschwere, resp. unmöglich mache. Nach Verlauf von einigen Wochen wurde Verf. von dem Kranken konsultirt, der über mässigen Hustenreiz, mit etwas blutigem Auswurf, sowie über einen dumpfen Schmerz unter dem mittleren Drittel des Brustbeines klagte. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf Anwesenheit der Nadel in der Luftröhre gestellt. Die physikalische Untersuchung der Lungen ergab nirgendwo eine Dämpfung; über dem Sternum, sowie den l. o. r. Lungenparthien schnurrendes Inspirium und kleinblasiges Rasseln. Nunmehr vorgenommene Röntgen-Aufnahmen ergaben, dass die Nadel, mit dem Kopf nach unten, in schräger Richtung von rechts oben nach links unten direkt hinter dem Sternum im unteren Ende der Luftröhre sass. Acht Tage später zeigte sich die Nadel schon weiter nach unten gerückt, eine Rippe tiefer und etwa 4 cm mehr nach links; offenbar befand sich die Nadel jetzt im linken Bronchus. Da Husten und Schmerzen, verbunden mit lästigem Auswurf, den Kranken stark plagten, wurde operative Entfernung der Nadel angerathen. Mittelst Tracheotomia inferior wurde die Nadel zu extrahiren versucht, jedoch ohne Erfolg. Die Spitze konnte wohl gefasst werden, doch zeigte sich, dass der Knopf im Bronchus festgewachsen war. Eine sich rasch entwickelnde Pneumonie führte den Tod herbei. Der Fall zeigt, wie ein relativ grosser und gefährlicher Körper sich in der Trachea, resp. im Bronchus befinden kann, ohne, besonders im Anfang, grosse Athmungsbeschwerden zu verursachen. Wohl nur so lässt es sich erklären, dass nicht gleich von Anfang an die Vermuthung auftauchte, dass der Fremdkörper sich in der Trachea befinde. —y.

Ueber subkutane Milzruptur.

Von Dr. Th. Cohn, Ass. am städt. Krankenhause zu Barmen.

(Münch. med. Wochenschr. No. 18, 1900.)

Zwei Fälle von sehr verschiedenem Verlauf werden beschrieben. Der erste betrifft einen Kellner, der auf einem Wiener Stuhl stehend, mit diesem zusammenbrach und auf die Lehne mit der linken Bauchseite aufschlug. Unter heftigen Schmerzen wurde er allmählich immer schwächer und erbrach einmal. Etwa 9 Stunden nach der Verletzung wurde er in

einem sehr elenden Zustande eingeliefert. Der alsbald vorgenommene Bauchschnitt entleerte etwa 3 Liter Blut aus der freien Bauchhöhle. Die Milz zeigte tiefe Einrisse, sie war fast gänzlich aus ihren Verbindungen getrennt, und einzelne Stücke waren gradezu abgerissen. Nach sorgfältiger Blutstillung wurde die Milz herausgenommen, die Bauchhöhle geschlossen. Unter Anwendung von Kochsalz-Infusionen und Herz-Anregungsmitteln wurde das Leben noch bis zum übernächsten Tage erhalten, danach folgte ein plötzlicher Tod.

Der zweite Kranke, ein 17jähr. Junge, war am 16. August durch einen Wurf mit einer Maurerkelle an der linken Seite getroffen worden. Er soll einige Zeit ohnmächtig gewesen sein, erholte sich dann wieder und konnte herumlaufen, hatte aber andauernd Schmerzen, die von der linken Seite einerseits in den Arm, andererseits in das Bein ausstrahlten, und wurde zunehmend blässer. Erst am 22. August wurde er ins Krankenhaus gebracht, wo alsbald ausser einer Druckempfindlichkeit in der Milzgegend ein freier Bluterguss im Bauche festgestellt werden konnte. Es bestand ziemlich hohes Fieber. Verf. führte die Laparatomie aus. Er fand an der stark vergrösserten Milz einen Querriss und mehrere kleine Risse und Zertrümmerungsherde. Die Milzkapsel war an der gewölbten Seite in grosser Ausdehnung abgehoben. Die Milz wurde nach den Regeln der Kunst entfernt. Der Verletzte genas und erholte sich derartig, dass er im November bereits wieder blühend aussah.

Dieser Fall hat einige Besonderheiten. Zunächst fragt man sich, warum es so lange gedauert hat, bis die Krankheit den bedrohlichen Grad erreichte. Der Verf. antwortet darauf, dass, nach der Ablösung der Milzkapsel zu urtheilen, zuerst ein Bluterguss unter diese und erst nach einer Reihe von Tagen eine Zerreissung der Kapsel, wodurch dem Blute Zutritt zur Bauchhöhle gegeben wurde, eintrat. Auffallend ist ferner die Vergrösserung der Milz, diese kann nur eine Folge der Verletzung oder der danach entstandenen Blutarmuth gewesen sein, zumal der Verletzte vorher ganz gesund gewesen ist und die mikroskopische Untersuchung nur Blutreichthum als Ursache der Vergrösserung ergab. Aufgefallen war in diesem Falle endlich, dass von der fünften Rippe ab über den unteren Theilen des Brustkorbs eine Dämpfung mit Aufhebung des Athemgeräusches bestand. Diese Erscheinung war mit Recht nicht auf einen Erguss in die Brusthöhle, sondern auf eine Empordrängung des Zwerchfells durch zum Theil geronnenes Blut zurückgeführt worden.

Neurologie.

Dämmerzustand mit Amnesie nach leichter Hirnerschütterung.

Von Dr. W. Klink, Assistent am Heiliggeisthospital Franfurt a. M.
(Neurol. Centr. 1900, No. 5.)

Das Seitenstück zu einer 1897 von Näcke mitgetheilten Selbstbeobachtung.

Eine 40jährige, früher gesunde, nicht nervöse Krankenpflegerin fällt beim Fensterputzen aus ca. $1^1/_2$ Meter Höhe rücklings auf den Boden des Zimmers. Unmittelbar nachher sieht sie blass aus; hat sonst und ausser einer Schwäche in den Beinen keine Erscheinungen körperlichen Uebelbefindens und macht seelisch den Eindruck einer Gesunden. Sie erzählt den Hergang des Sturzes und äussert nur geringe Beschwerden. Während der nächsten zwanzig Minuten nach der Untersuchung ist sie im Bett anscheinend bei vollem Bewusstsein.

Plötzlich, als ihr eine Eisblase auf den Kopf gelegt wird, fragt sie ganz erstaunt, was das bedeute und wie sie ins Bett gekommen sei? Nach einigem Besinnen erinnert sie sich, vom Fenster gefallen zu sein — alles Folgende ist in ihrer Erinnerung ausgelöscht. Von der Untersuchung durch den Arzt weiss sie nichts. Es gelingt auf keine Weise, ihr all das wieder ins Gedächtniss zurückzurufen.

Genesung erfolgt nach drei Tagen, während deren Kopfschmerz und Brechreiz besteht. Doch wird die Gedächtnisslücke nicht beseitigt.

Nach Ausschluss anderer denkbarer Ursachen der Amnesie kommt Verfasser zu dem Ergebniss, dass die leichte Gehirnerschütterung Schuld daran haben müsse.

Un cas de névrite traumatique.

Von Dr. Maréchal.
(Presse med. Belge. 1900, No. 11.)

Ein Arbeiter wurde vor zehn Monaten von einer schweren Balkonthür umgeworfen und stiess mit dem rechten Ellbogen heftig an eine Mauer. Er arbeitete trotz lebhaften Schmerzes im Ellbogen noch 4 Tage. Die Ellbogengegend war geschwollen und blutig verfärbt. Nach jenen 4 Tagen wurde der Arm kraftlos. Trotz ärztlicher Behandlung (Einreibungen) wurde es immer schlimmer. In der Hand traten Schmerzen, in der Daumenmuskulatur Faserzuckungen ein. So schleppte er sich durch eine Reihe von Monaten hin. Vor einem Monat untersuchte Verf. ihn und fand einen ausschliesslich auf den Daumenballen beschränkten Muskelschwund ohne Entartungsreaktion. Während es doch am Nächsten lag, anzunehmen, dass der Ellennerv am Ellbogen gequetscht sei, waren grade die hauptsächlich von jenem versorgten Muskeln unversehrt. Dagegen konnte der Daumen nur mühsam gebeugt, fast gar nicht der Hand genähert oder den andern Fingern gegenübergestellt werden, woraus sich eine grosse Erschwerung des Gebrauchs aller Werkzeuge naturgemäss ergab. Objektive Empfindungsstörungen fehlten. Es bestand also eine traumatische Nervenentzündung.

Behandlung mit dem elektrischen Dauerstrom brachte im Laufe eines Monats eine an Heilung grenzende Besserung.

Wie ist die eigenartige Begrenzung der Lähmung zu erklären? Der kurze Daumenbeuger wird zum Theil, der Adduktor vollkommen vom Ellennerven versorgt. Verf. nimmt nun an, dass die für diese Muskeln bestimmten Fasern im Nerven an der Stelle, wo er beim Ellbogen vorbei geht (Musikantenknochen) oberflächlich liegen und leichter als der übrige Antheil des Nerven verletzt werden können. Woher aber die Lähmung des Gegenüberstellers, der doch vom mittleren Armnerven versorgt wird, rührt, bleibt auffälligerweise unerklärt.

Un cas de névrite traumatique chez un hémophilique.

Par Mlle. Hélène Sieczkowska.
(I.-D. Genf 1899.)

Der Fall stellt ein lehrreiches und eigenartiges Beispiel von Nervenentzündung nach einem Unfall dar.

Ein nicht belasteter Junge, der sich seit dem neunten Lebensjahr als Bluter gezeigt hat, wird zwischen einer Thür und der Wand mit dem rechten Vorderarm eingeklemmt. Es besteht kein Knochenbruch, keine Wunde, keine Lähmung, nur eine mächtige Blutunterlaufung. Acht Tage nachher schwillt die Hand und wird steif. In weniger als zwei Monaten entwickelt sie sich zur Klauenhand. Wieder einen Monat später bilden sich ohne erkennbare Ursachen Blasen an den Rückenflächen der Finger, hier wird an den Endgliedern die Haut brandig. All dies geschieht ohne Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes.

Der Vorderarm ist abgemagert, Supination und Pronation der Hand fehlen ganz, ihre Streckung und die des Vorderarms

sind erschwert, die Kraft der ganzen oberen Gliedmassen ist merklich verringert, das Hautgefühl angeblich ungestört. Die in Klauenstellung befindliche Hand ist gegen den Vorderarm, dieser gegen den Oberarm gebeugt, sämmtliche Finger vom II. bis zum V. sind in Beugestellung versteift.

Im Verlauf der Behandlung heilen die brandigen Stellen gut aus, die Beweglichkeit bessert sich, sodass der Kranke nach einigen Monaten entlassen wird. Doch kommt er sehr bald wieder, und zwar mit über den ganzen Körper verbreiteten Blutflecken. Der kranke Arm ist kalt und bläulich. Die von da ab angewandten constanten elektrischen Ströme bessern die Beweglichkeit wesentlich.

Die Mitbetheiligung des Zeige- und Mittelfingers an der Beugekontraktur beweist, dass in diesem Falle nicht blos, wie bei der reinen Klauenhand, der Ellennerv, sondern auch der Medianus gelähmt ist. Das erklärt auch den Verlust der Drehbewegungen der Hand. Die Erhaltung des Hautgefühls kommt selbst bei völliger Nervendurchtrennung vor (rückläufige Fasern). Am wichtigsten sind die Ernährungsstörungen. Soweit sie die Haut betreffen (Blasen, Geschwüre, Brand) sollen sie nach Meinung Einiger nur den durch Verletzungen entstandenen Nervenentzündungen sein.

Die Frage, wie weit die Bluterkrankheit bei Entstehung der Nervenentzündung mitgewirkt hat, bleibt unentschieden.

Ein Fall von professioneller Parese im Peronealgebiet.

Von Dr. Beyer-Erlangen.
(Münch. med. Wochenschrift 1900 No. 21.)

Der jetzt 28 jährige Kranke ist schon früher von einer Lähmung befallen worden. Mit 18 Jahren nämlich wurde ihm das Heben des rechten Arms über die Wagerechte unmöglich, und es stellte sich Muskelschwund der betreffenden Schulter-Oberarmgegend ein. Wahrscheinlich handelte es sich damals um eine Drucklähmung des Armnervengeflechts, vielleicht durch das Tragen schwerer Lasten auf der Schulter erworben. Die Lähmung ging völlig zurück.

K. ist jetzt Drechsler, er stand an der Drechselbank meist auf dem linken Bein und setzte mit dem rechten die Kurbel in Bewegung. Seit einem Jahre nun fällt ihm das Heben der beiden Fussspitzen und die Streckung der Zehen schwer, das linke Bein war besonders stark betheiligt. Dabei war zeitweise ein Gefühl von Taubsein auf dem Fussrücken vorhanden, schmerzhafte Muskelkrämpfe stellten sich ein. Die Untersuchung ergab bei dem sonst gesunden Manne, dass die aktive Hebung der Fussspitze, die Hebung des seitlichen sowohl als des inneren Fussrandes und die Streckung der Zehen links gar nicht, rechts nur mit Anstrengung und kraftlos ausführbar war. Die Streckmuskulatur war beiderseits abgemagert, links wieder mehr als rechts, der Gang war „tappend". Der Kniesehnenreflex erfolgte nur in geringem Masse. Entartungsreaktion gab nur der lange Strecker der linken Grosszehe, verringerte elektrische Erregbarkeit liess sich bei folgenden Muskeln — in absteigender Reihe geordnet — nachweisen: Langer Grosszehenstrecker links, kurzer Zehenstrecker links, dieselben rechts, langer Zehenstrecker links, derselbe rechts, langer und kurzer Wadenbeinmuskel, vorderer Schienbeinmuskel links, dieselben rechts. Die Behandlung, (Wärme, Salzbäder, Elektrizität) brachte bald wesentliche Besserung.

Es handelt sich um eine doppelseitige Entzündung der Wadenbeinnerven in Folge Ueberanstrengung. Die Schienbeinnerven sind in geringem Grade, ohne Funktionsschädigung, mit angegriffen. Verf. bringt zum Schlusse eine Aufzählung ähnlicher Fälle von Nervenlähmung auf dem Boden gewerblicher Ueberanstrengung (Peroneuslähmung bei Rübenverziehern und Kartoffelarbeitern u. s. w.). Eine eingehende Erörterung des Ueberanstrengungsvorgangs in diesem besonderem Falle vermissen wir.

Ein Fall isolirter Lähmung des nervus suprascapularis.

Von Dr. M. Hofmann, Oberarzt d. med. Univ.-Kl. z. Halle a. S.
(D. M. W. 1900. No. 16).

Ein Knecht fiel von einem hochbeladenen Erntewagen rücklings herab. Er schlug mit dem Kopfe, Nacken und linker Schulter auf, wobei er ein Knacken im linken Schulterblatt verspürte. Drei Wochen lang hatte er nur einen mässigen Schmerz in den gequetschten Theilen, dann erst begann er eine Schwäche beim Heben des linken Armes zu merken. Die Untersuchung ergab einen ähnlichen Befund, wie in dem kürzlich von uns referirten Falle von Wolff, besonders was den Schwund und die Lähmung des Untergrätenmuskels betrifft (den Wolff'schen Fall hat H. in seinem Litteraturverzeichniss übersehen). Nicht so ausgeprägt wie dort waren die Störungen beim Heben des linken Armes. Neben der Lähmung bestand im Bereiche des gelähmten Muskels eine Herabsetzung der Tastempfindung, die sich aber nach kurzer Behandlung mit dem faradischen Strom wieder verlor.

Ueber einen seltenen Fall von Radialislähmung, geheilt durch Freilegung und Dehnung des Nerven.

Von Dr. Hans Bräuninger-Mannheim.

Ein 16jähriger Junge hatte sich den rechten Oberarm schwer in einem Transmissionsriemen verletzt. Der chirurgische Hals des Oberarmknochens war angeblich gebrochen, (wahrscheinlich war der Oberarm doch verrenkt!) die Weichtheile stark gequetscht. Die Einrichtung gelang. Erst etwa in der vierten Woche begannen sich die Zeichen einer Lähmung des Speichennerven zu zeigen. Der Streckmuskel des Ellbogengelenks, hauptsächlich sein langer Kopf, blieb leistungsfähig, dagegen war am Vorderarm die Lähmung typisch, die faradische Erregbarkeit aufgehoben, galvanisch Entartungsreaktion zu erzielen. Eine Knochenwucherung oder Bruchstelle war am Oberarm weder zu fühlen noch durch das Röntgenverfahren nachzuweisen.

Bei diesem Befunde konnte man die späte Lähmung durch den Druck neugebildeter Knochenmassen nicht erklären, sondern musste an eine Nervenentzündung oder mit höherer Wahrscheinlichkeit an die Druckwirkung der narbigschrumpfenden zerquetschten Weichtheile denken.

Da durch andere Behandlungsweisen keine Besserung zu erzielen war, wurde der Nerv an der Beugeseite des Oberarms zwischen dem inneren und dem langen Kopfe des Triceps freigelegt. Er fand sich thatsächlich durch Narbengewebe bis hinab zur Umschlagstelle fest eingeschlossen und musste, um ganz befreit zu werden, noch auf der Streckseite durch einen neuen Schnitt aufgesucht werden. Mässige Dehnung des Nerven wurde angeschlossen. Darauf besserte sich der Zustand zusehends, und in absehbarer Zeit ist völlige Heilung zu erwarten.

Zur Indikation der Beschäftigungstherapie bei funktionellen Nervenkranken.

Von Dr. Oskar Vogt-Berlin.
(Wiener klinische Rundschau No. 2, 1900.)

Seitdem Moebius die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf die Beschäftigungstherapie gelenkt hat, haben sich nur relativ wenige Autoren zu diesem Thema geäussert. Die Ausführungen Verf.'s dürften deshalb besonderem Interesse, zumal unter den Lesern dieser Zeitschrift, begegnen. Leider müssen wir uns an dieser Stelle damit begnügen, die Schlussfolgerungen wiederzugeben, die Verf. aus seinen Erfahrungen und Beobachtungen zieht. Sie lauten: 1. Die Arbeit als Heilmittel kann nur in

Betracht kommen, wo Ablenkung der Aufmerksamkeit von der eigenen Person, eine gesunde Befriedigung des Thätigkeitstriebes und die Beseitigung depressiver Gefühle zu erstreben sind und durch die gegenwärtige Bethätigung des Kranken nicht erreicht werden. 2. Arbeit ist nur insoweit indizirt, als sie einen gegenwärtigen Erschöpfungszustand berücksichtigt und zu der Hervorrufung eines solchen nicht tendirt. 3. Bei der Akinesia algera und der Hypochondrie hat die Beschäftigungstherapie nur untergeordneten Nutzen geleistet. Die Nosophobie erfordert wegen der Flüchtigkeit ihrer Symptome keine Arbeitskur. Für Neurastheniker, die zu hypochondrischen Grübeleien neigen und vor Allem für solche Kranke, die im Anschluss an eine Neurasthenie ein psychisch bedingtes Fortbestehen der Symptome zeigen, ist die Beschäftigungstherapie ein sehr wichtiges Heilmoment. Gegen Zwangsvorstellungen kommt die Arbeitskur nur sekundär in Betracht. In Fällen schwerer Hysterie kann die Arbeit einer der hauptsächlichsten Heilfaktoren werden. Für viele Psychopathen kann die Arbeit von grossem Segen sein. — y.

Vergiftungen.

Ueber einen Fall von Encephalopathia saturnina.

Aus dem Bürgerhospital in Stuttgart.

Von Ass. Dr. Fr. Brauer.

(Württ. med. Correspondenzbl. No. 8, 1900.)

Vergiftungsdelirien sind, abgesehen von den alkoholistischen, morphinistischen und kokainistischen, verhältnissmässig selten. Speziell die psychischen Erscheinungen nach Bleivergiftung treten meist nicht in Form von „Delirien“ auf. Der vom Verf. mitgetheilte Fall von Encephalopathia saturnina, in welchem dieses wohl zutraf, verdient daher einiges Interesse. Es handelte sich um einen 32jährigen Mann, der eine Reihe von Symptomen darbot, welche die Diagnose „Bleivergiftung“ genügend sicher stellten: anamnestisch Schwindel, Kopfschmerzen, Koliken, in Bezug auf den Status praesens Bleisaum, kahnförmige Einziehung, starke Spannung und Druckempfindlichkeit des Leibes, Tremor saturninus. Neben diesen Erscheinungen trat ein hallucinatorisches Delirium auf, verbunden mit Verfolgungsideen. Vorherrschend waren die Hallucinationen des Gehörs, doch waren auch die des Gesichtes zahlreich. Von Seiten des Nervus opticus waren keine Störungen nachweisbar, dagegen konnte mit Wahrscheinlichkeit eine Vagusaffektion angenommen werden (beständig hohe Pulsfrequenz, Vaguslähmung?), die wegen des gleichzeitigen Bestehens der anderweitigen cerebralen Erscheinungen (psychische Störungen, Tremor saturninus) wohl als eine cerebrale Affektion zu deuten ist. Von Interesse ist noch die Thatsache, dass die Pulsfrequenz bei Eintritt von Koliken vermindert wurde, eine Erscheinung, die darauf zurückzuführen ist, dass durch die Reizung der sensiblen Darmnerven, des Nervus splanchnicus, auf reflektorischem Wege eine herzhemmende Wirkung auf den Vagus zu Stande kommt. —y.

Ein Fall von Chlor-Akne.

Von Ober-Stabsarzt Dr. Scholze-Mainz.

(D. Milit.-Aerzte-Ztschr. 1900, No. 5.)

Der beschriebene Fall entspricht dem von Herxheimer kürzlich veröffentlichten. Es handelt sich um einen Arbeiter, der in einem Raume beschäftigt war, in welchem Chlorkalium elektrolytisch zersetzt wurde. Nach 14 Tagen bildete sich bei ihm ein Hautausschlag, der ihn weiter nicht beunruhigte.

Im nächsten Jahre zum Militärdienst eingezogen, fiel er anfangs nur durch eine mässige Aknebildung, auffallend braune Hautfarbe und Luftröhrenkatarrh auf. Erst im Frühjahr des nächsten Jahres, als es warm wurde und er bei den Uebungen häufig in Schweiss gerieth, artete der Ausschlag dermassen aus, dass längere Lazarethbehandlungen nothwendig wurden. Die Körperhaut sah dunkelgraubraun aus, theils in Folge dunkel gefärbter, unzähliger Narben, theils durch eine unendliche Menge schwarzer, die Ausführungsgänge der Talgdrüsen verstopfender Pfröpfchen (Mitesser). Daneben fanden sich massenhaft gewöhnliche Aknepusteln, viele entzündliche harte Knoten, Beulen und Abscesse. Die Behandlung blieb im Grossen und Ganzen erfolglos, der Mann musste als dienstunbrauchbar schliesslich entlassen werden.

[Im Anschluss hieran soll erwähnt werden, dass Renon und Latron in der Société med. des hôp. am 6. April 1900 genau die gleiche Beobachtung mitgetheilt haben, die sie an zwei Arbeitern gemacht haben. Bei dem einen sind die Verfasser geneigt, auch eine bestehende Tuberkulose auf die Chlorwirkung zurückzuführen. Ref.]

Augen.

Ein Beitrag zu den Zündhütchen-Verletzungen des Auges.

Von Dr. G. Brandenburg.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, herausgegeben von Vossius. 1900. III. Band, Heft 4.)

Ein 11jähriger Knabe klopfte eine Teschingpatrone mit einem Stein auf, wobei diese explodirte und ihm etwas in das rechte Auge flog. Die 4 Stunden später vorgenommene Untersuchung ergab eine Wunde in der Mitte des freien Randes des oberen Lides und dieser entsprechend eine Wunde oben aussen in der Hornhaut und der Regenbogenhaut, ferner eine Blutung in der vorderen Kammer und im Glaskörper. Es wurde angenommen, dass ein Kupfersplitter in das Innere des Auges eingedrungen sei, merkwürdiger Weise fand sich jedoch am dritten Tage in der Lidwunde ein kleines Kupferstückchen, das mit der Pinzette extrahirt wurde. Die Diagnose eines intraokularen Fremdkörpers wurde damit wieder unsicher. Der Zustand des verletzten Auges wurde inzwischen immer schlechter, die Linse trübte sich und die Entzündungserscheinungen nahmen bedeutend zu. Am 14. Tage wurde das Auge wegen drohender sympathischer Enzündung des linken Auges enukleirt und in ihm fand sich unten aussen in Eiter eingehüllt ein dreieckiges, scharfes Kupferstückchen. Der Fall lehrt, dass bei Zündhütchen-Verletzungen auch einmal zwei Splitter in das Auge gelangen und die von beiden verursachten Wunden zu einer grösseren Wunde zusammenfliessen können.

Groenouw.

Ein Fall von Raupenhaar-Ophthalmie (ophthalmia nodosa, Sämisch).

Von Arthur Muthmann-Elberfeld.

(I. D. Bonn 1899.)

Einem landwirthschaftlichen Arbeiter wurde muthwilliger Weise eine Hand voll Heu ins Gesicht geworfen, bei dem sich angeblich eine schwarze behaarte Raupe befand. Wegen Brennens an dem oberen Lide des getroffenen rechten Auges rieb der Mann das Auge mit der Hand. Gleich darauf empfand er aber in diesem selbst heftige Schmerzen. Erst mehrere Monate später ging er zum Arzte, der eine Entzündung der Hornhaut und Regenbogenhaut mit Knötchenbildung in beiden feststellte. Die Sehfähigkeit war schwer beeinträchtigt. Nach der Vorgeschichte war nichts anderes anzunehmen, als dass die Krankheit durch Raupenhaare verursacht war. Trotz aller angewandten Mittel verschlimmerte sich der Zustand, bis der Leiter der Klinik, Prof. Eversbusch

sich entschloss, das Kammerwasser durch Einschnitt abfliessen zu lassen. Von da ab trat eine Besserung ein, die zu relativer Heilung führte.

Aus den allgemeinen Bemerkungen über den Fall ist hervorzuheben, dass die Raupenhaar-Entzündung wahrscheinlich gefördert, vielleicht erst ermöglicht wird, dadurch dass das Auge gerieben wird, wodurch die Haare geradezu hineingepresst werden. Von den äusseren Hüllen wandert ein Theil der Haare mit der Zeit in tiefere Schichten. Noch unentschieden ist es, ob die Haarstücke rein mechanisch, oder durch einen, in ihrem Innern enthaltenen Saft, chemisch entzündungserregend wirken.

Bei der Behandlung dieser Entzündungen ist es wichtig, dass der Arzt gefragt wird, ehe die Härchen in die tieferen Schichten gewandert sind. Frühzeitig herbeigerufen, wird er Härchen, die er etwa noch von aussen erreichen kann, durch Spülung oder mit der Pincette entfernen, ohne jedoch ein Eindringen in das Gewebe selbst zu versuchen. Um eine Wanderung der Haare zu verhüten, wird er mit denen, ihm zu Gebote stehenden Mitteln, das Spiel der Lider, der Pupillen und des Ciliarmuskels aufzuheben suchen. Für die von manchen Seiten empfohlene Herausschneidung von Stücken der Regenbogenhaut hat Eversbusch wenig Sympathie. Die Punktion der vorderen Kammer scheint empfehlenswerth.

Hygiene.

Staatliche Einrichtungen zur Förderung des Baues öffentlicher Wasserversorgungs-Anlagen in Württemberg, Bayern, Baden und Elsass-Lothringen.

Von Grahn.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 32. Heft 2.)

In Deutschland wurde die erste grössere städtische Wasserversorgung in Hamburg für Staatsrechnung von dem Civil-Ingenieur W. Lindley sen. im Jahre 1848 erbaut. Auch der Neubau des zweiten grösseren städtischen Wasserwerkes in Deutschland, desjenigen von Berlin, wurde einige Jahre später gleichfalls vom Staat eingeleitet, indem dem damaligen Polizeipräsidium von Berlin die Ermächtigung ertheilt wurde, mit einem englischen Konsortium einen Vertrag abzuschliessen, nach welchem dieses für 25 Jahre das Wasser für öffentliche Zwecke unentgeltlich abzugeben hatte und dagegen während der gleichen Zeit das ausschliessliche Recht erhielt, gegen Zahlung den Einwohnern der Stadt auf Verlangen Wasser zu liefern, ein Vertrag, der schon acht Jahre vor seinem Ablauf seitens der Stadt aufgehoben werden musste, weil die Zustände der Wasserversorgung unerträgliche geworden waren.

Die späteren derartigen Anlagen sind fast ausschliesslich gleich Anfangs für städtische Rechnung erbaut und von den Städten in eigener Regie betrieben. Ausnahmsweise wurde Bau und Betrieb solcher Anlagen während einer beschränkten Zahl von Jahren oder bis zur Erzielung eines bestimmten Reingewinnes Unternehmern oder Gesellschaften übertragen, deren Verträge jedoch meist schon vor ihrem Ablauf wieder aufgehoben wurden.

Bezüglich der Wasserversorgung besteht zwischen Nord- und Süddeutschland ein wesentlicher Unterschied darin, dass im Süden Deutschlands die Entwickelung von öffentlichen Wasserversorgungsanlagen in den kleineren Städten und den ländlichen Gemeinden, und zwar bis zu solchen von 100 Einwohnern und weniger, schneller und in grösserem Umfange, als im Norden Deutschlands stattgefunden hat. Es erklärt sich dies aus der Verschiedenheit der geognostischen und hydrologischen Verhältnisse. Da der Grundwasserstand der norddeutschen Tiefebene es vielfach gestattet, für die verschiedenen Ansprüche der dortigen Orte innerhalb derselben oder in deren nächster Nähe das genügende Wasserquantum aus Flachbrunnen mit leichter Mühe durch Handpumpen zu entnehmen, war das Bedürfniss nach einer einheitlichen Versorgung des ganzen Ortes hier kein so dringendes, als in den vielfach gebirgigen und grundwasserarmen Gegenden des Südens.

Dieses allgemein empfundene Bedürfniss nach öffentlichen Wasserversorgungsanlagen, zusammen mit dem Mangel eines richtigen Verständnisses und opferbereiten Interesses zur Verbesserung solcher Einrichtungen hat in den vorgenannten südlichsten Staaten Deutschlands dazu geführt, dass zur Förderung des Baues derselben in jedem dieser Staaten eigenartig geschaffene staatliche Einrichtungen in den letzten Jahrzehnten ins Leben gerufen sind. Die Organisationen gleichen sich in Württemberg uud Bayern darin, dass in jedem dieser Staaten eine besondere, dem Ministerium unterstellte technische Centralstelle unter Leitung eines Staatstechnikers, der einem besonderen Bauamt vorsteht, geschaffen ist, von der alle Arbeiten für öffentliche Wasserversorgungsanlagen ausgehen, während in Baden und Elsass-Lothringen diese Arbeiten bereits vorhandenen technischen Dienststellen übertragen wurden, deren Thätigkeit sich, organisch in Abtheilungen getrennt, über den ganzen Staat verbreitet, wenn sie auch mit ihren anderen Arbeiten zusammen einer gemeinschaftlichen Oberleitung, in Baden der Oberdirektion der Wasser- und Strassenverwaltung, in Elsass-Lothringen dem Chef des Meliorationswesens unterstellt sind. Dabei blieb das Selbstbestimmungsrecht der Gemeinden in diesen Staaten unbeeinflusst.

Die Zahl der Orte, welche in den vier genannten Staaten während der letzten Jahrzehnte eine Förderung des Baues öffentlicher Wasserversorgungsanlagen durch staatliche Einrichtungen erfahren haben, beträgt fast 2000 mit annähernd zwei Millionen Einwohnern, und es sind dafür ca. 70 Millionen Mark oder durchschnittlich 35 Mark für jeden mit Wasser versorgten Einwohner verausgabt worden.

Angesichts dieser grossartigen Entwickelung der Wasserversorgung in den genannten Staaten drängt sich der Wunsch auf, dass auch in anderen deutschen Staaten ähnliche Einrichtungen geschaffen werden möchten. Was speziell Preussen betrifft, so möchte Ref. nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass neuerdings durch den Erlass der Minister der Medizinal-Angelegenheiten und des Innern vom 24. August 1899 der besonders wichtigen hygienischen Seite der Frage erhöhte Aufmerksamkeit zugewandt ist, insofern verlangt wird, dass bei allen derartigen Anlagen der zuständige Medizinalbeamte die hygienische Beschaffenheit der Entnahmestelle zu begutachten und eine dauernde sanitätspolizeiliche Ueberwachung auszuüben hat. Dass auch der Betrieb der Wasserversorgungsanlagen von hygienischen Rücksichten geleitet sein muss, dass namentlich bei der Reinigung und Erneuerung der Filter, sowie bei allen Arbeiten am Wasserwerk den Forderungen strengster Reinlichkeit genügt sein muss, ist eine weitere hygienische Forderung. Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

Auf der

XXV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte,

am 26. und 27. Mai zu Baden-Baden,

kamen neben spezialistischen Themen auch einige von allgemeinerem Interesse, vor allem aber auch einzelne, die die forensische Medizin berühren, zum Vortrag.

Herr Erb-Heidelberg und Herr Fürstner-Strassburg erstatteten Bericht über die Leistungen der Versammlung auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie im letzten Vierteljahrhundert. Von 395 Vorträgen waren 348 neurologisch und nur 47 psychiatrisch.

Die erste Sitzung war Vorträgen allgemeineren Inhalts gewidmet. Wichtig ist besonders der Vortrag von **Kräpelin**-Heidelberg: Ueber Merkfähigkeit.

Das Problem des Gedächtnisses fragt einmal nach dem, was einer von früher gewonnenen Vorstellungen noch weiss, und dann auch danach, was einer sich frisch merken kann. Letztere Funktion, die Merkfähigkeit, wurde an einem Apparat untersucht, der Gruppen von 4 bis 12 Ziffern oder Buchstaben, Zeichen, kleine Bilder auf kurze Zeit (0,017 Sekunden) exponirte. Die Versuchsperson musste sofort oder nach Ablauf einer gewissen Zeit angeben, was sie sich davon gemerkt habe. Die Eindrücke hatten ihre grösste Deutlichkeit nicht sofort, sondern erst 8 bis 15 Sekunden nach der Exposition; die grösste Deutlichkeit hält dann einige Zeit an, bis sie wieder nachlässt. Es kommt aber auch darauf an, ob das Gemerkte richtig ist. Die Kurve, welche die Zahl der richtigen Fälle veranschaulicht, erreicht ihren Gipfel etwas früher und sinkt wieder eher als die erste Kurve, welche nur die Menge des überhaupt Gemerkten darstellt. Eine grosse Rolle spielen schon bei diesen einfachen Versuchen die Erinnerungsfälschungen. Besonders die Nachwirkung der früheren Versuche bildet eine Fehlerquelle hierfür. Manche Personen haben eine Vorliebe für besondere Buchstaben. Ferner schwankt die subjektive Sicherheit. Einige Zeit nach der Exposition wächst das Sicherheitsgefühl, dann sinkt es wieder. Durchweg jedoch ist es unzuverlässig, oft geradezu trügerisch. Manchmal waren 30, ja 50 Prozent der als sicher angegebenen Wahrnehmungen beträchtlich falsch. Die praktische Bedeutung dieses Befundes ist ausserordentlich, wenn man bedenkt, eine wie grosse Rolle bei den Zeugenaussagen vor Gericht alltäglich die Erinnerung spielt. Es eröffnet sich hier der Ausblick auf ein weites Gebiet experimenteller Forschung mit juristischem Hintergrund. Dabei ist zu beachten, dass die Merkfähigkeitsveränderungen unter dem Alkoholeinfluss besonders gross sind. Die richtigen Einprägungen nehmen um 15 Prozent ab, die Fehler um 72 Prozent zu. Es treten sehr viele Erinnerungsfälschungen auf. Bei verschiedenen Geistesstörungen, der polyneuritischen Psychose, der senilen Demenz, finden sich wieder andersartige Störungen der Merkfähigkeit.

Laquer-Frankfurt: Ueber die ärztliche Bedeutung der Hilfsschulen für schwach befähigte Kinder.

In Frankfurt besteht eine sechsklassige Hilfsschule, in die Kinder aufgenommen werden, welche, ohne an den Sinnesorganen zu leiden, nach zweijährigem regelmässigen Besuch der untersten Klasse das Ziel nicht erreichten. $^1/_2$ Prozent aller Kinder wurde zugeführt, von denen nicht die Hälfte zur Aufnahme kam. Häufig fanden sich körperliche Komplikationen, doch war die Bedeutung der adenoïden Vegetationen äusserst gering. Einzelne Schüler wurden an Idiotenanstalten abgegeben. Schwierig ist das Fortkommen der Entlassenen; Mädchen helfen sich noch am ehesten durch, freilich manche als puellae publicae. Zur Erleichterung des Weiterkommens schwachsinniger Burschen würde es sich empfehlen, Prämien auszusetzen für Handwerksmeister, bei denen solche Zöglinge erfolgreich in die Lehre gingen. In Braunschweig bewährte sich die Ablieferung von Schülerlisten an die Militärersatzbehörden. Moralischschwachsinnige sind verderblich für die anderen Hilfsschulzöglinge; man muss daran denken, vor allem auf Grund der Bestimmungen des B. G. B., Zwangserziehungsanstalten für diese Kategorie zu errichten. Zur Feststellung der intellektuellen Bildungsunfähigkeit bedürfen wir angesichts der mangelhaften Untersuchungsmethoden noch der Beihilfe der Lehrer. Schulärzte sind allgemein anzustellen. Für mittlere und grössere Städte empfiehlt sich auch durchweg die Einrichtung von Hilfsschulen mit Tagesinternat.

Erb-Heidelberg: Ueber Frühdiagnose der Tabes.

Es finden sich öfter zweifelhafte Fälle, die in der Anamnese Lues aufweisen, zur Zeit über subjektive Beschwerden, lanzinirende Schmerzen und dergl. klagen, objektiv aber wenig Symptome darbieten. Ein Fall der Art hatte seit sieben Jahren lanzinirende Schmerzen in Arm und Bein, Müdigkeit, dann Besserung auf Grund einer Aachener Kur; objektiv nur reflektorische Starre der einen Pupille. Ein anderer hatte vor 24 Jahren Lues, vor acht Jahren periodischen Kopfschmerz, der durch Quecksilber geheilt wurde. Seit zwei Jahren lanzinirende Schmerzen und Paraesthesieen in den Fingern. Objektiv nur Miosis und beiderseitige Pupillenstarre, bei gut erhaltenen Patellarreflexen, ohne Romberg. Besonders schwierig zu beurtheilen sind die Fälle mit gastrischen Symptomen. Vortr. glaubt, dass in derartigen Fällen unentwickelte Formen der Tabes zu erblicken sind, und legt besonderen Werth auf den Nachweis von Lues in der Anamnese.

Hoffmann-Heidelberg: Ueber Thomsen'sche Krankheit.

Vortr. bespricht zunächst eingehend einen Fall von Thomsen, der mit Muskelatrophie kombinirt war. Die Litteratur enthält eine Reihe derartiger Fälle. Es kann sich dabei handeln 1. um eine zufällige Atrophie in Folge von Neuritis, Poliomyelitis u. dergl., stationär, und 2. um eine thatsächlich progressive Muskelatrophie (9 Fälle). Die Entartungsreaktion ist bei bestehender myotonischer Reaktion schwer festzustellen. Ueber den Sitz der Krankheit und die Abhängigkeitsbeziehungen zwischen Thomsen und Atrophie sind noch keine sicheren Angaben zu machen.

Kreuser-Schussenried: Spätgenesungen bei Geisteskranken.

Unter Spätgenesungen sind solche Heilungen zu verstehen, die nach dreijähriger Dauer der Geisteskrankheit eintreten. Die Zahl der in der Litteratur erwähnten Fälle ist nicht gross. Ein einzelner Fall findet sich verzeichnet, der noch nach 21jähriger Dauer der Krankheit zur Genesung kam. Meist handelt es sich um Störungen mit akutem Anfang, vorzugsweise in depressiver Färbung. Die günstige Wendung tritt besonders im klimakterischen Alter ein. Vortr. glaubt, dass es sich bei der Spätgenesung nicht um etwas Accidentelles handelt, sondern dass sie im Wesen der Krankheit begründet liegt.

Aschaffenburg-Heidelberg: Das Recht chirurgischer Eingriffe bei Geisteskranken.

§ 223 Str.-G.-B. bedroht auch den Arzt, der ohne Zustimmung des Patienten einen ärztlichen Eingriff vornimmt, wegen Körperverletzung. Nach dem Wortlaut des Gesetzes wäre es sogar besonders straffällig, bei einem Selbstmörder Wiederbelebungsversuche anzustellen, da in einem solchen Fall es ersichtlich ist, dass der Eingriff gegen den Willen des Selbstmörders, der ja aus dem Leben gehen will, geschieht. Ferner fehlt bisher die Möglichkeit, zu operiren und dergl. in nothwendigen Fällen, wenn die Familie des Kranken sich dagegen sträubt. Diese Lücke in der Gesetzgebung auszufüllen, schlägt Vortragender folgende Bestimmungen vor:

1. Aerztliche Eingriffe sind, abgesehen von den Fällen der Fahrlässigkeit und absichtlicher Schädigung, nicht als Körperverletzungen zu betrachten.

2. Die Einwilligung des Kranken ist vorher einzuholen. Sie darf aber als gegeben betrachtet werden, wenn der Aufschub des Eingriffes mit Gefahr für Leib und Leben des Kranken oder Verletzten verbunden ist und eine Einwilligung unmöglich erscheint.

3. Bei Geisteskranken und Kindern sind die gesetzlichen Vertreter zur Ertheilung der Genehmigung befugt; beim Fehlen eines gesetzlichen Vertreters oder bei Weigerung, die Zustimmung zu geben, entscheidet, abgesehen von Nothfällen, der Vormundschaftsrichter. Weygandt-Würzburg.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Alterserscheinungen oder Unfallfolgen?

Rek.-Entscheidung vom 5. Januar 1900.

Georg R. zu St. erlitt am 11. August 1898 eine kleine Wunde an der Stirn und Stauchung der rechten Schulter und des Halses. Die Berufsgenossenschaft lehnte durch Bescheid vom 9. März 1899 eine Rente für R. ab, da nach Ablauf der 13. Woche Folgen des Unfalls nicht mehr vorhanden seien. R. erhob dagegen Berufung. Das Schiedsgericht gewann aber aus dem Gutachten des Dr. Sch. die Ueberzeugung, dass R. zwar an verschiedenen Uebeln, wie auch an Altersschwäche — er ist 64 Jahre alt — leide, dass aber dies alles mit dem Unfall nicht zusammenhänge. Gegen diese Entscheidung legte R. Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein. Er behauptete, dass er bis zum Unfall vom 11. August 1898 stets vollständig arbeitsfähig gewesen sei und sich bei jener Gelegenheit nicht nur die rechte Schulter verletzt, sondern auch innere Verletzungen zugezogen habe. Die Berufsgenossenschaft beantragte durch ihren Geschäftsführer Z. die Zurückweisung des Rekurses. Das Reichs-Versicherungsamt forderte noch ein Obergutachten des Medizinalraths Dr. B.-Sch. ein, welcher ausführte, es sei anzunehmen, dass R. mit seiner rechten Körperseite auf das Pflaster gefallen sei, welches er offenbar mit seiner rechten Schulter zuerst berührte. R. leide an hochgradiger Altersschwäche mit Entartung der Gafässwände, Muskelschwäche, mangelhafter allgemeiner Ernährung, Herzmuskelentartung, Lungenemphysem und chronischem Bronchialkatarrh sowie an einer Fettgeschwulst und einer geringen besonderen Schwäche des rechten Armes. Es lassen sich aber diese Befunde mit keiner Sicherheit oder auch nur Wahrscheinlichkeit auf den erlittenen Unfall zurückführen. Die Behauptung, dass die Fettgeschwulst durch den Fall verschlimmert resp. vergrössert worden sei, sei aus medizinischen Gründen unhaltbar. R. sei zwar völlig erwerbsunfähig, doch bedingen Folgen des Betriebsunfalls vom 11. August 1898 diese Arbeitsunfähigkeit nicht nachweisbar.

Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Direktors P. wies sodann den Rekurs als unbegründet ab, indem der Gerichtshof durch die ärztlichen Gutachten zur Ueberzeugung gelangt war, dass der Unfall keine nachtheiligen Folgen hinterlassen habe und die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers auf andere, durch den Unfall nicht beeinflusste Leiden zurückzuführen sei. M.

Traumatische Hysterie.

Rek.-Entsch. vom 10. April 1900.

Der Metzgergeselle L. will zu Anfang November 1897, als er bei Metzgermeister F. zu Sch. H. in Arbeit stand, im städtischen Schlachthause daselbst bei der Arbeit dadurch einen Unfall erlitten haben, dass er beim Abnehmen eines Rinderviertels von $1^1/_2$ Centner Schwere plötzlich in der rechten Hüfte einen stechenden Schmerz verspürte, der es ihm unmöglich machte, das Fleisch weiter zu tragen. L. arbeitete zwar noch einige Tage weiter, klagte aber während dieser Zeit bei dem Arbeitgeber öfters über Schmerzen im Rücken und Fuss, die er darauf zurückführte, dass er sich im Schlachthause überhoben habe, trat dann bei Metzger Sch. am 16. November in Arbeit und verblieb dort bis Anfang Dezember, zu welcher Zeit er in das städtische Krankenhaus wegen Schmerzen im rechten Bein und in der Hüfte aufgenommen wurde; auch bei diesem Arbeitgeber hat L. öfters über Schmerzen im Kreuz geklagt und dabei erwähnt, es sei ihm im Schlachthause etwas passirt. Im Krankenhause verblieb L. 7 Wochen, bei seiner Entlassung waren die erwähnten Schmerzen noch nicht verschwunden. Die Fleischerei-Berufsgenossenschaft lehnte die Gewährung einer von L. beantragten Unfallrente ab, da weder erwiesen, noch genügend wahrscheinlich gemacht sei, dass das Leiden des L. auf die Betriebsthätigkeit zurückzuführen sei. Das Schiedsgericht verurtheilte jedoch die Berufsgenossenschaft znr Rentenzahlung und machte geltend: Richtig ist, dass L. bezüglich der Zeit des ihm zugestossenen Unfalls verschiedene Angaben gemacht hat. Es muss aber berücksichtigt werden, dass die Aussagen mehrere Monate nach dem Unfall gemacht worden waren. Auf der anderen Seite hat L. seinen beiden Arbeitgebern gegenüber von dem Unfall unter Kundgabe von Beschwerden Mittheilung gemacht und es ist ferner ein Zeuge vorhanden, der bei dem Unfall anwesend war. Auch wird in einem ärztlichen Gutachten ein ursächlicher Zusammenhang des bei L. bestehenden rechtseitigen Hüftleidens mit dem angegebenen Betriebsunfall mit Wahrscheinlichkeit angenommen.

Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein, welches noch ein von Dr. A. erstattetes Gutachten der Klinik in H. einforderte. In diesem Gutachten wurde u. A. ausgeführt: Beim Fortnehmen eines schweren Stückes Fleisch von einem Haken, welches auf den Boden zu fallen drohte, griff L. heftig zu, rutschte aus, doch ohne zu fallen, und verzerrte sich das Bein im Kreuze. Sein scheues Wesen und der schnelle Wechsel der Gesichtsfarbe lasse ihn als sehr nervös veranlagten Menschen erkennen. Von einer objektiv nachweisbaren Veränderung oder Verletzung sei am ganzen Körper nichts nachzuweisen. Nur das Kreuzbein und Steissbein seien druckempfindlich. Der Gang sei ungeschickt mit starkem Schonen des rechten Beines. Eine Photographie mit Röntgenstrahlen habe auch nichts Krankhaftes ergeben. Es handle sich um eine Hemiparese und Hemianästhesie der unteren Körperhälfte. Der vom Schiedsgericht gehörte Gutachter habe angenommen, dass L. an traumatischer Ischias leide. Das Bestehen einer reinen Ischias könne aber ausgeschlossen werden, da sich die Schmerzen und die Sensibilitätsstörungen viel weiter verbreiten als das Gebiet des Nervus ischiaticus reiche. Es fehle aber das charakteristische Ischiasphänomen, das bei langem Bestehen einer Ischias häufige Erloschensein des Achillessehnenreflexes und jede Muskelabmagerung des kranken Beins. Die Ausdehnung der Sensibilitätsstörung lasse den Gedanken an eine Erkrankung des Rückenmarks aufkommen, etwa an eine Myelitis traumatica. Für diese Annahme fehlen aber auch Anhaltspunkte. Die hochgradige Sensibilitätsstörung neben der leichten Parese, die strenge Halbseitigkeit, das Fehlen jeder Reflexveränderung, das Vorhandensein der Bauchreflexe, das Fehlen jeder Störung seitens der Blase und des Mastdarms sprechen gegen dieselbe. Der ganze Befund weise auf die Annahme hin, dass keine organische, d. h. durch irgend welche krankhaften, körperlichen Veränderungen verursachte Erkrankung vorliege, sondern dass es sich um eine funktio-

nelle, d. h. auf dem Boden krankhafter Vorstellungen, auf dem Boden von eingebildeten Krankheitserscheinungen entstandene Störung des Nervensystems handle. Hierfür spreche das ganze Wesen des L., die Unsicherheit seiner Angaben, die ihm bei der Sensibilitätsprüfung und beim Gang auf den Zehen nachgewiesenen Täuschungen, die Art der Sensibilitätsstörung, die Anspannung der Antagonisten bei der Prüfung der Beweglichkeit des Beines. Ferner spreche der Umstand dafür, dass der ganze Symptomenkomplex zu keinem der in Betracht kommenden organischen Erkrankungen stimme, während er ganz das Bild einer funktionellen Erkrankung, der Hysterie, zeichne. Es sei anzunehmen, dass in der ersten Zeit Schmerzen in dem Gebiete des Nervus ischiadicus bestanden haben, vielleicht auch zeitweise noch bestehen, dass aber später in Folge des Beginnes des Rentenanspruchsverfahrens bei dem ohnedies nervösen L. sich durch krankhafte Vorstellungen und Einbildungen die Hysterie ausgebildet habe. Ein Zusammenhang mit dem Unfalle sei jedenfalls anzunehmen; die Erkrankung sei als traumatische Hysterie aufzufassen und die Erwerbsbeschränkung auf ca. 40 Prozent zu bemessen. Das Reichs-Versicherungsamt schloss sich diesem Obergutachten an und wies den Rekurs der Berufsgenossenschaft als unbegründet ab, indem der Gerichtshof mit dem Obergutachter annahm, dass L. an traumatischer Hysterie leide. Es wurde noch ausgeführt, wenn der Obergutachter von Täuschung rede, so meine er damit, dass der Kläger sich selbst täusche.

M.

Tuberkulöse Kniegelenksentzündung und Unfall.

Rek.-Entsch. vom 30. März 1900.

O. B. will im Mai 1897 einen Unfall erlitten haben, als er für den Fleischermeister K. in B. einen Ochsen nach dem Schlachthofe brachte; der Ochse sei wild geworden, B. will bei dieser Gelegenheit gefallen sein und sich das linke Knie verletzt haben. Im Juli 1897 wurde B. im Allerheiligen-Hospital an einer linksseitigen Kniegelenksentzündung behandelt; nach mehrmaliger Operation soll B. mit einem steifen linken Bein entlassen worden sein. Fleischermeister K. erklärte, ihm sei von einem Unfall nichts bekannt, bei ihm sei B. nie krank gewesen, erst 16 Tage nach seinem Abgang habe sich B. krank gemeldet. Verschiedene Zeugen bekundeten aber, dass der Ochse thatsächlich mit B. durchgegangen sei, auch sei B. dabei zur Erde gefallen. Dr. K. erklärte, das verletzte Kniegelenk sei steif und unbeweglich. Sanitätsrath Dr. R. vom Allerheiligen-Hospitale bekundete Ende 1897, es handle sich bei B. um eine tuberkulöse Kniegelenksentzündung; erst nach seiner Entlassung habe B. von einem Unfall gesprochen. Ein solches Leiden könne von selbst entstehen, könne aber auch durch eine Verletzung hervorgerufen werden. Die Berufsgenossenschaft lehnte darauf jede Rentenzahlung ab, da das tuberkulöse Leiden nicht auf einen Unfall zurückzuführen sei. Auf die Berufung des Verletzten wurde Dr. R. abermals gutachtlich gehört. Letzterer führte u. A. aus, es sei bekannt, dass Leute, die völlig gesund erscheinen, bei vorhandener Disposition in Folge von Verletzung eine Entzündung bekommen, die sich nach und nach zu einer tuberkulösen Erkrankung herausbilde. Es würde das Leiden des B. mit einer Verletzung, die eine schwere sein müsste, in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden können, wenn B. bald nach dem angeblichen Unfall eine Arbeitsbehinderung erfahren hätte. B. habe aber noch drei Wochen nach dem behaupteten Unfalle weiter gearbeitet; es sei kein Anhalt gegeben, dass B. nach der Verletzung irgend welche nennenswerthen Beschwerden gehabt und die Arbeit deshalb habe aussetzen müssen. Dies wäre aber die nothwendige Folge gewesen, wenn das Leiden des Klägers durch eine Verletzung beim Unfall entstanden wäre. Es sei daher anzunehmen, dass sich die Kniegelenksentzündung des Klägers ohne eine Verletzung gebildet und nicht auf einen Unfall ursächlich zurückzuführen sei. Das Schiedsgericht zu B. schloss sich der Auffassung des Sachverständigen an und wies die Berufung als unbegründet ab. Das Reichs-Versicherungsamt hingegen hat nach weiterer Beweiserhebung den Unfall und auch den ursächlichen Zusammenhang des Leidens mit dem Unfall für wahrscheinlich gemacht erachtet und daher die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung verurtheilt.

M.

Dem Schiedsgericht darf, wenn gegen ein von der Berufsgenossenschaft eingefordertes Gutachten eines ihrer Vertrauensärzte Bedenken obwalten, das Recht nicht versagt werden, einen anderen Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft zu hören und dessen Gutachten der Entscheidung zu Grunde zu legen.

Rek.-Entsch. vom 7. Februar 1900.

H. K. zu C. bezog seit dem 15. September 1897 auf Grund des Bescheides der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft vom 20. Oktober 1897 in Folge einer am 15. Juni 1897 durch Betriebsunfall erlittenen Quetschung der Brust und des Rückens die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Durch Bescheid der Genossenschaft vom 27. Juni 1899 ist die Rente vom Zustellungstage ab auf $66^2/_3$ Prozent der Vollrente herabgesetzt worden, weil in den Verhältnissen des Rentenempfängers, die für die Feststellung der Entscheidung massgebend gewesen sind, nach dem Gutachten des Dr. Kn. vom 6. Juni 1899 eine dementsprechende Aenderung eingetreten sei. Auf die Berufung des Klägers änderte das Schiedsgericht den Bescheid der Berufsgenossenschaft ab und machte geltend, nach dem im schiedsgerichtlichen Verfahren eingeholten Obergutachten des Dr. Kö. vom 23. August 1899 ist in dem Zustande des Klägers eine wesentliche Besserung nicht eingetreten. Wie früher, so sieht derselbe auch jetzt noch abgemagert, matt und hinfällig aus und geht gebückt wie ein alter Mann. Der Befund auf den Lungen ergiebt Bronchialkatarrh, Rasseln, Dämpfung und bei Athmung starken Hustenreiz. In dieser Verfassung ist der Verletzte nach Ansicht des Dr. Kö. nicht im Stande eine wesentliche Erwerbsfähigkeit zu entwickeln und ist völlig arbeitsunfähig, da er selbst leichte Botengänge kaum machen kann. Der Gerichtshof hat sich diesem Gutachten angeschlossen und die Genossenschaft zur Weiterzahlung der bisherigen Rente verurtheilt. Gegen diese Entscheidung legte die Genossenschaft durch ihren Geschäftsführer Z. Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein und überreichte ein von Dr. Kn. unter dem 4. Oktober 1899 erstattetes Gutachten, hält die Herabsetzung der Rente auf $66^2/_3$ Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit für gerechtfertigt. Der Kläger beantragte die Zurückweisung des Rekurses und machte geltend, allerdings werde er vom Fuhrherrn G. zu B. als Stallwächter beschäftigt, seine Arbeit besteht aber nur darin, Nachts die von den Ständen ausbrechenden Pferde wieder anzukoppeln und des Morgens die Vertheilung des Futters zu überwachen; im Uebrigen sei ihm des Nachts Gelegenheit zur Bettruhe im Stall gegeben und er erhalte von G. wöchentlich 6 M., davon müsse er, wenn er bei ungünstiger Witterung seine Wohnung nicht verlassen könne, was öfters vorkomme, die Kosten eines Stellvertreters mit 75 Pf. bis 1 M. für jede Nacht bezahlen, so dass ihm öfters nur drei bis vier Mark für jede Woche übrig blieben; in Folge des Luftmangels sei er ausser Stande, bei rauhem, nasskaltem Wetter im Freien zu arbeiten. In einem weiteren Schriftsatze vom 1. Februar 1900 hat der Kläger noch angezeigt, dass er seit drei Wochen wieder schwer leidend und bett-

lägerig sei. Von der Genossenschaft wurde noch ausgeführt, das Schiedsgericht sei nicht berechtigt gewesen, gegenüber dem Gutachten des Dr. Kn. den Dr. Kö., der ebenfalls ihr Vertrauensarzt sei, als Obergutachter zu behandeln. Die Genossenschaft sei übrigens bereit, dem Kläger statt der Rente von $66^2/_3$ Prozent eine Rente von 75 Prozent zu gewähren. Das Reichs-Versicherungsamt änderte auch die Vorentscheidung ab und machte u. A. Folgendes geltend: Das Verfahren in Unfallversicherungssachen wird von dem Grundsatze beherrscht, dass nach freier richterlicher Ueberzeugung zu verhandeln, Beweis zu erheben und zu entscheiden ist. Das Schiedsgericht ist daher in der Auswahl der Sachverständigen nicht beschränkt. Ihm darf demnach auch, wenn gegen das von der Berufsgenossenschaft eingeforderte Gutachten eines ihrer Vertrauensärzte Bedenken obwalten, das Recht nicht versagt werden, einen anderen Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft zu hören und gegebenenfalls dessen Gutachten der Entscheidung zu Grunde zu legen. In der Sache selbst hat das Rekursgericht im Hinblick auf den von den Aerzten festgestellten objektiven Befund in Verbindung mit den eigenen Angaben des Klägers über seine thatsächliche Arbeitsleistung die Ueberzeugung gewonnen, dass in den Verhältnissen, welche für die Festsetzung der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit massgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung insofern eingetreten ist, als das Allgemeinbefinden des Klägers sich gebessert hat. Der Kläger muss seit dem 1. Juli 1899 wieder für fähig erachtet werden, einen Theil seines früheren Lohnes durch leichte Arbeit, wenn auch mit Unterbrechungen und bei rauher, nasskalter Witterung nicht im Freien, zu verdienen. Den Grad der vom Kläger wiedergewonnenen Erwerbsfähigkeit hat das Reichs-Versicherungsamt nach freiem Ermessen auf 25 Prozent geschätzt und daher — dem Anerbieten des Vertreters der Berufsgenossenschaft im Termin vor dem Reichs-Versicherungsamt entsprechend — dem Kläger eine Rente von 75 Prozent für die Zeit vom 1. Juli 1899 ab zuerkannt. M.

Gebührenwesen.

Verjährung des Arztlohnes.

Das mit dem 1. Januar d. J. in Kraft getretene Bürgerliche Gesetzbuch ist auch einflussvoll auf den durch die Verkehrssitte ausgebildeten Brauch der Aerzte in Beitreibung ihrer Forderungen auf Arztlohn. Denn während bisher nach allen innerhalb des Reichsgebietes geltenden Landesgesetzen für derartige Ansprüche eine vierjährige Verjährungsfrist anerkannt wurde, verjähren auf Grund dessen § 196 in 2 Jahren die Ansprüche der Aerzte, insbesondere auch der Wundärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Thierärzte, sowie der Hebammen für ihre Dienstleistungen, mit Einschluss der Auslagen. Es beginnt nach § 198 die Verjährung mit der Entstehung des Anspruches, d. h. zufolge § 201 mit dem Schlusse des Jahres, in welchem der massgebende Zeitpunkt eintritt. Mit Rücksicht auf die Gepflogenheit, erst nach Beginn eines neuen Jahres die Rechnungen für das abgelaufene auszuschreiben und dem Zahlungspflichtigen zuzustellen, ist innerhalb der rechtskundigen Kreise die Streitfrage entbrannt, auf welche Zeit zurückgerechnet der Arzt jetzt noch Honorarforderungen rechtlich geltend machen, d. h. durch Klage verfolgen kann. Bei dem Austausche der einander wiederstreitenden Rechtsanschauungen wurde auch die Ansicht vertreten, es müsse für die Uebergangszeit eine mildere Praxis geübt und könne deshalb die Rechtsregel nicht unbedingt auf diejenigen Ansprüche rückwirkend erkannt werden, deren Beitreibung nach dem damals geltenden Rechte bis zum Ablauf des Jahres 1899 zweifellos noch nicht zu erfolgen brauchte. Bei der so ausserordentlich erheblichen praktischen Tragweite dieser Streitfrage für die ärztlichen Kreise erscheint ein näheres Eingehen auf dieselben geboten.

Verkennen lässt sich nicht, dass bei strenger Auslegung der Rechtsregel des § 196 ein nicht unerheblicher Betrag rückständiger Arztlohnforderungen in Folge Zeitablaufes dergestalt untergegangen bezw. in der Beitreibung erschwert sein würde, dass seitens des Forderungsberechtigten bei Erheben der Klage von vornherein der Einrede der Verjährung begegnet werden müsste. Es lässt sich auch nicht bezweifeln, dass auf Grund der gemachten Erfahrungen, wonach vielfach die der ärztlichen Hilfe Bedürfenden während der Krankheit grosse Versprechungen machen aber nach bestandener Gefahr die erhobenen Ansprüche, oftmals sogar unter Verletzung der Regeln des Anstandes und der Billigkeit auf das denkbar niedrigste Mass herabzudrücken suchen, in nicht seltenen Fällen von der Einrede der Verjährung Gebrauch gemacht und dadurch der Arzt um seinen wohlverdienten Anspruch gebracht werden wird. Allein dem ungeachtet lässt der klare, bestimmte und unzweideutig gefasste Wortlaut der Rechtsregel keine andere Auslegung sprachgebräuchlich zu, als dass nach dem 1. Januar d. J. nach dem gesetzgeberischen Willen für Ansprüche der Aerzte eine auf 2 Jahre abgekürzte Verjährungsfrist anstatt der bisherigen vierjährigen rechtens sein soll. Bestätigt wird diese Rechtsüberzeugung noch dadurch, dass zufolge Art. 55 des Einf.-G. z. B. G. B. die privatrechtlichen Vorschriften der Landesgesetze ausser Kraft treten, soweit nicht in dem B. G. B. oder in diesem Gesetze ein Anderes bestimmt ist, aber auch Art. 89 des Preuss. Ausf.-G. z. B. G. B. unter 9, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 25 die in den preussischen Landestheilen seither in Geltung gestandenen Gesetze wegen Einführung kürzerer Verjährungsfristen mit dem 31. Dezember 1899 ausdrücklich aufhebt. Rechtsunbedenklich werden deshalb die Arztansprüche hinfort durch § 196 B. G. B. getroffen. Für sie gilt sonach die zweijährige Verjährungsfrist, so dass bis zum 31. Dezember d. J. blos noch die im Verlaufe des Jahres 1898 enstandenen Ansprüche rechtlich verfolgt werden können. Es entsteht aber der Anspruch mit demjenigen Zeitpunkte, wann die Handlung geleistet wurde, als deren Gegenleistung die Vergütung begehrt wird. Nur bei einer langandauernden Krankheit würde erst mit Behebung derselben, also dem Tage, an welchem zum letzten Male die ärztliche Hilfe in Anspruch genommen bezw. geleistet wurde, das Entstehen des Anspruchs auf Vergütung zusammentreffen, so dass durch letzteren in das Jahr 1898 fallenden auch die in das Jahr 1897 zurückreichende ärztliche Hilfsleistung getroffen wird.

Während auf Grund dieser hervorgehobenen Erwägungsgründe man sich dafür entscheiden muss, dass alle vor dem 31. Dezember 1897 entstandenen Arztansprüche in Folge Zeitablaufes uneinklagbar geworden seien, so ist doch auch den Gegnern dieser Auffassung darin beizustimmen, dass für die Uebergangszeit eine entgegenkommende Behandlung derartiger Klagen sich deshalb empfehle, weil sonst in gewisser Hinsicht eine rückwirkende Kraft der Bestimmung beiwohnen würde. Mit Unkenntniss gehörig verkündeter Gesetze soll sich zwar Niemand entschuldigen und aus solcher Rechte für sich ableiten dürfen, weil es die Pflicht jedes Staatsbürgers ist, sich genügende Kenntniss der ihm wissenswerthen zu verschaffen. Allein man soll doch auch nicht den Erscheinungen des täglichen Lebens und der ausgebildeten Verkehrssitte die ihnen gebührende Berücksichtigung gänzlich versagen. In Folge dessen wird man mit der Thatsache zu rechnen haben,

dass es bisher als im Widerspruche zu dem Anstandsgefühle der Aerzte stehend erachtet wurde, früher rückständiges Arztlohn einzuklagen als dessen fernere Stundung wegen des naheliegenden Ablaufes der Verjährungsfrist dazu mahnte. Und deshalb wäre es umsomehr unbillig, hier streng zu urtheilen, als in der Rechtswissenschaft Streit darüber herrscht, ob Ausgang 1899 bereits die Wirkungen der Fristabkürzungen sich äussern konnten. Um nun die Stellungnahme der in jedem Einzelfalle in Betracht kommenden Urtheilsgerichte zu dieser Frage auf die einfachste und wohlfeilste Art kennen zu lernen, empfiehlt es sich zur Geltendmachung der Ansprüche aus 1896 und 1897 das Mahnverfahren zu wählen. Den Vorschriften des § 688 Z.-Pr.-Ord. entsprechend, wird unbekümmert um die Höhe des Streitwerthes ein dem Anwaltszwange nicht unterliegender Antrag an das für den Beklagten zuständige Amtsgericht eingereicht und um den Erlass eines Zahlungsbefehles im Mahnverfahren gebeten. Der Richter hat zufolge §§ 691, 692 Z.-Pr.-Ord. entweder den Erlass desselben unter Darlegen der ihn bestimmenden Erwägungsgründe abzulehnen oder die Zustellung des Befehles an den Schuldner zu bewirken, binnen einer vom Tage der Zustellung laufenden Frist von einer Woche bei Vermeidung sofortiger Zwangsvollstreckung den Schuldner zu befriedigen oder bei dem Gericht Widerspruch zu erheben. Hierdurch wird die Verjährung unterbrochen, weil auf Grund § 695 Z.-Pr.-Ord. die Wirkungen der Rechtshängigkeit bestehen bleiben. Der Zahlungsbefehl behält aber auch seine Kraft, wenn auf die bewirkte Ladung zur mündlichen Verhandlung bezw. Erhebung der Klage ~~(§ 697)~~ die richterliche Entscheidung ~~demselben~~ entsprechend ausfällt. Es bleibt jedoch für den Gläubiger noch zu beachten, dass die Vollstreckbarkeit desselben nachgesucht werden muss und es sich empfiehlt, den darauf abzielenden Antrag am letzten Tage der einwöchentlichen Frist einzureichen, weil bis zu dessen Eingang zufolge § 699 Z.-Pr.-Ord. selbst ein verspäteter Widerspruch des Schuldners zu berücksichtigen ist.

Kreisgerichtsrath Dr. B. Hilse.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Gumprecht, Dr. F., Professor in Jena, Die Technik der speziellen Therapie. Ein Handbuch für die Praxis. Mit 182 Abb. im Text. II. Aufl. Jena, Gustav Fischer. 1900. 343 S. Pr. 7 M.

Die Behandlung innerer Krankheiten erfordert heut zu Tage eine Menge Massnahmen, die mit mechanischen Eingriffen verbunden sind und eine besondere Technik erfordern. Diese dem Praktiker vertraut zu machen, ist der Zweck des vorliegenden Werkes, das innerhalb zweier Jahre nun schon in zweiter vermehrter Auflage erscheint. Wirklich, einen besseren Rathgeber als diesen kann der Arzt sich nicht wünschen. Hier vereinigt sich ruhige Kritik und tiefe Sachkenntniss mit Anschaulichkeit und praktischem Sinn, der Stoff ist übersichtlich — nach Organsystemen — geordnet, das Buch liest sich angenehm. Jedes Kapitel enthält einen kurzen geschichtlichen Ueberblick, den ja der reine Praktiker entbehren kann, den aber sicherlich ein grosser Theil der Leser als angenehm anregendes Element nicht missen möchte. Dann folgt die Besprechung der Indikationen des einzelnen Eingriffs, die seiner Ausführung, etwa möglicher Zwischenfälle, endlich des zu erwartenden Erfolges.

Das Buch gehört nicht zu denen, welchen von der Kritik nur mit kühlem Wohlwollen ein paar konventionelle Anerkennungsworte mit auf den Weg gegeben werden, sondern es verdient die wärmste Empfehlung und wird sich sicherlich immer mehr in weitesten ärztlichen Kreisen einbürgern.

Busse, Dr. Otto, Privatdozent für Pathologie und pathologische Anatomie, Greifswald. Das Sektionsprotokoll. Berlin, Richard Schoetz. 1900. 114 S. mit 4 Abbild. im Text und 1 Tafel. Preis: M. 4,—.

Der Herausgeber des Buches hat den Zweck verfolgt, ein ausschliesslich für die Praxis bestimmtes Buch zu schaffen. Jeder, der häufiger Gelegenheit hat, Leichen zu obduziren, wird die Erfahrung gemacht haben, dass es schwierig ist, nach dem preussischen Regulativ für das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen einen genauen und korrekten Sektionsbericht zu liefern, der jeder Kritik des Obergutachters standhalten kann. Den Hauptvorzug des Buches erblicke ich nun darin, dass „Alles das, was bei der Sektion zu beachten ist, in Gestalt von Fragen eingekleidet ist, die so abgefasst sind, dass sie in ihrem Wortlaut, wo irgend angängig, schon die normale Beschaffenheit des Organes einschliessen. Werden diese in den Fragen enthaltenen Wendungen einfach in bejahender Form dem Protokoll einverleibt, so ist der normale Befund notirt“. Eine weitere Hilfe bei der Abfassung des Sektionsprotokolles giebt der Verfasser dem Obduzenten durch die übersichtlich klaren Hinweise, gewissermassen ein kurzer Abriss der speziellen Pathologie eines jeden Organes, was an krankhaften Veränderungen bei demselben, sowie was differentialdiagnostisch in Betracht kommen kann. An der Hand des Buches, das vollkommen im Sinne der Virchow'schen Sektionstechnik gehalten ist, wird es so dem Sezirenden fast zur Unmöglichkeit gemacht, irgend welche pathologischen Verhältnisse zu übersehen.

Wir können das Buch, von dessen hoher praktischer Brauchbarkeit wir überzeugt sind, nur empfehlen. Den grössten Nutzen wird ja der sachverständige Gerichtsarzt vom Gebrauche des Buches haben, dessen Sektionsprotokoll in manchen Fällen heutzutage nicht nur vom Obergutachter, sondern auch von der Allgemeinheit der Aerzte, ja sogar — exempla docent — vom Laienpublikum kritisirt wird; aber auch der Assistenzarzt am Krankenhause, der zuweilen in die Lage kommt, einen wissenschaftlich korrekten Sektionsbericht zu liefern, Aerzte, die sich auf das Physikatsexamen vorbereiten wollen, der Militärarzt und nicht zuletzt der Student in klinischen Semestern, für den das Buch ein wirkliches Schulbuch und ein guter Wegweiser ist, werden es mit grossem Nutzen gebrauchen.

Dr. Koch-Greifswald.

Tagesgeschichte.

Das Fleischbeschaugesetz

ist vom Reichstag in dritter Lesung angenommen worden, Es hat die „Kompromissform“ erhalten, welche, den Wünschen gewisser politischer Parteien folgend, von den gesundheitspolizeilichen Forderungen des Entwurfes ein Stück abgetrennt hat, während andererseits vom rein hygienischen Standpunkt aus zu billigende Vorschriften neu eingefügt worden sind. Ein bedeutender Fortschritt auf dem Gebiete des Gesundheitswesens ist das Gesetz auch in dieser Form. Im ganzen deutschen Reich wird künftig die Schlachtvieh- und Fleischbeschau durchgeführt werden, mit alleiniger Ausnahme der Hausschlachtungen, deren Aufsichtslosigkeit freilich nicht unbedenklich ist. Das Verbot der Einfuhr von solchem Fleisch aus dem Auslande, das vermöge seiner Zubereitung und Verpackung keine Untersuchung in gesundheitlicher Beziehung zulässt, ist ein zweischneidiges Schwert. So bedenklich Würste und zerkleinert gemengtes Fleisch, insbesondere auch Fleischstücke in luftdicht verschlossenen Büchsen, sind, weil sie auf unkontrolirbare Weise als Krankheitsträger wirken können.

so würde doch eine aus dem Einfuhrverbot erwachsende Vertheuerung der Fleischnahrung für den kleinen Mann das grössere Uebel auch in gesundheitlicher Beziehung sein. Wir hoffen, dass die in dieser Richtung von einem Theil des Reichstags geäusserten Befürchtungen sich nicht verwirklichen werden.

Der § 15 der Geschäftsordnung für die ärztlichen Ehrengerichte.

Der Widerspruch gegen den bezeichneten Paragraphen (s. No. 9 d. Ztschr.) hat dazu geführt, dass die Vorsitzenden einer Anzahl von Ehrengerichten auf ihre Vereidigung zu verzichten beabsichtigten, solange diese Bestimmung nicht aufgehoben wäre. Die „Berl. Aerzte-Korr." hat nun mitgetheilt, dass in der Sitzung der Brandenburger Aerztekammer von Seiten des Regierungsvertreters die Aufhebung des Paragraphen in Aussicht gestellt worden sei. Dieser Auffassung tritt die „Nordd. Allg. Ztg." anscheinend officiös entgegen. Die Anzeigepflicht soll nach ihr für schwerere Bestrafungen aufrecht erhalten bleiben, die Mittheilung an den Staatsanwalt soll indessen dem öffentlichen Ankläger zufallen, während die Vorsitzenden nur zur Anzeige an die Vorsitzenden sämmtlicher übriger Kammern verpflichtet sein sollen.

Wegen Ausstellung eines unrichtigen ärztlichen Zeugnisses ist, wie die Blätter melden, am 2. März cr. vom Landgerichte Thorn der praktische Arzt Stanislaus P. [illegible] zu zwei Monaten Gefängniss verurtheilt worden. Ein Lehrer hatte einer Schülerin mehrere wuchtige Hiebe über die rechte Schulter versetzt. Die Mutter wollte die Verletzung von Dr. J. bescheinigen lassen, dieser wies sie aber ab, da die Sache zu unbedeutend sei. Die Frau ging dann mit dem Kinde zum Angeklagten und dieser bescheinigte, dass das Mädchen bedeutende Hautverletzungen habe, deren Heilung 4 bis 5 Wochen beanspruchen und welche noch nach Jahren Spuren zurücklassen würden. Zur Untersuchung und Abfassung des Attestes brauchte der Angeklagte zwei Stunden; er liess sich 9 Mark Honorar zahlen. Auf Grund des Attestes zeigte der Vater des Mädchens den Lehrer beim Staatsanwalt an. Dieser liess das Mädchen durch Dr. K. untersuchen und dabei stellte es sich heraus, dass das Attest des Angeklagten Uebertreibungen und Unwahrheiten enthielt. Thatsächlich soll das Mädchen schon nach einigen Tagen wieder hergestellt gewesen sein. — Die gegen das Urtheil seitens des Angeklagten beim Reichsgericht eingelegte Revision wurde als unbegründet verworfen.

Preisausschreiben.

In der vorjährigen Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege hat Herr Prof. Dr. Heim-Erlangen einen Vortrag gehalten über das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb von Nahrungsmitteln.

Um die Aufmerksamkeit weitester Kreise auf diese in hohem Grade wichtige Frage zu lenken, wünscht der Ausschuss des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege auf dem Wege des Preisausschreibens eine grössere Zahl von Aufsätzen über diesen Gegenstand zu erhalten, welche sich zur Aufnahme in die Unterhaltungs-Tagespresse oder auch zur Aufnahme als Lesestück in deutsche Volksschullesebücher eignen. Diese Aufsätze sollen

1. kurz sein (2—3 Druckseiten zu je ca. 400 Worten),
2. für Volksschullesebücher dem Fassungsvermögen von Schulkindern im Lebensalter von 9—14 Jahren angepasst sein und
3. auf die verschiedenen in dem Vortrag von Prof. Heim berührten Punkte sich beziehen.

Es sollen Preise von 50 bis 100 M. für den einzelnen Aufsatz, im Gesammtbetrag von 2000 M., vergeben werden.

Das Preisrichteramt werden ausüben die Herren Dr. Erwin v. Esmarch, Professor der Hygiene in Göttingen, Dr. Ludwig Heim, Professor der Hygiene in Erlangen, Dr. E. Lent, Geh. Sanitätsrath in Köln, Dr. Matthias, Geh. Regierungsrath und vortragender Rath im kgl. preussischen Kultusministerium in Berlin und Dr. A. Spiess, Geh. Sanitätsrath und Stadtarzt in Frankfurt a. M.

Die von den Preisrichtern eines Preises würdig erkannten Aufsätze werden Eigenthum des Vereins, welcher die preisgekrönten Aufsätze in Druck veröffentlichen und den Herausgebern von Unterhaltungs-Tageblättern und von Schullesebüchern zum Abdruck kostenfrei zur Verfügung stellen wird.

Die Aufsätze sind bis zum 1. Oktober 1900 an den ständigen Sekretär des Vereins Geh. Sanitätsrath Dr. Spiess in Frankfurt a. M. kostenfrei einzusenden, von welchem Abdrücke des Vortrages von Prof. Heim nebst der sich daran schliessenden Diskussion in einem oder mehreren Exemplaren auf Ansuchen kostenfrei bezogen werden können. Der Name des Verfassers eines einzusendenden Aufsatzes ist in einem mit einem Kennwort versehenen verschlossenen Briefumschlag der mit dem gleichen Kennwort versehenen Handschrift beizufügen.

Bekanntmachung.

Im Anschlusse an meine Bekanntmachung vom 20. März d. J. bringe ich hierdurch zur Kenntniss der betheiligten Kreise, dass Privatpersonen thierischen Impfstoff zu Pockenimpfungen durch die Aerzte, welcher in der hiesigen Königlichen Anstalt hergestellt wurde, in den Apotheken nachstehend verzeichneter Apothekenbesitzer erhalten können:

Henke, W., Charlottenstr. 54. Dr. Laux, C., Prenzlauerstr. 45a. L. Beutler, O., Markusstr. 1. M. Kessler, SO., Köpenickerstr. 144. Dr. Baetcke, S., Prinzenstr. 102. Dr. Callies, NW., Alt Moabit 18. Pulst, NW., Luisenstr. 19. Schering, N., Chausseestr. 19. E. J. Fischer, N., Kastanien Allee 2. Paul Reimer, S., Blücherstr. 53	in Berlin

sowie bei Rothe, Spandauerstr. 36 und bei Schluckebier Tauenzienstr. 1 in Charlottenburg.

Ausserdem ist aber in zahlreichen anderen Apotheken anderwärts bezogener Impfstoff zu haben.

Die erforderlichen Formulare zu Impflisten und Impfscheinen sind durch die Reichsdruckerei, Oranienstrasse 90/91 nur nach schriftlicher Bestellung und vorheriger Einsendung des Geldbetrages mittelst Postanweisung zu beziehen; eventuell wird der Geldbetrag durch Postnachnahme eingezogen. Einsendung von Postmarken ist unzulässig.

Die Verlagsbuchhandlung von Eugen Grosser, Wilhelmstrasse 121, hat den Verlag der Formulare eingestellt. Dagegen sind solche unter Anderem bei Karl Kühn & Söhne C. Breitestr. 25/26 und durch das Medizinische Waarenhaus, N. Friedrichstr. 108, zu haben, auch von der Hofbuchdruckerei von Trowitzsch & Sohn in Frankfurt a./Oder zu beziehen.

Berlin, den 29. Mai 1900.

Königl. Sanitätskommission.
In Vertretung.
gez. Friedheim.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. **№ 13.** Ausgegeben am 1. Juli.

Inhalt:

Gelenktrauma und akuter Gelenkrheumatismus.

Von
Dr. **Maréchaux**-Magdeburg.
Vertrauensarzt der Elbschiffahrts-Berufsgenossenschaft.

Mit grossem Interesse habe ich den Aufsatz von San.-Rath Dr. L. Becker über „Gelenkrheumatismus nach Trauma“ in No. 12 der „Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung“ vom 15. Juni 1900 gelesen. Zum ersten Male werden in dieser Abhandlung nicht nur kasuistische Beiträge zu der Frage nach der Möglichkeit der traumatischen Entstehung des akuten Gelenkrheumatismus geliefert, sondern die Frage wird auch einer kritischen Beleuchtung sowohl an sich wie an etwaigen Schlussfolgerungen unterworfen. Als mir diese Abhandlung zu Gesicht kam, hatte ich nahezu die nachstehende Arbeit, welche das gleiche Thema behandelt, beendet. Um nun Wiederholungen zu vermeiden, lasse ich die Kritik über die bisher veröffentlichten einschlägigen Fälle fort, zumal sie sich im Wesentlichen mit derjenigen von Becker deckte. Ferner lasse ich die Einschränkungen fort, welche namentlich sich auf die Art des Gelenktraumas (keine offene Wunde etc.) und auf die Art des akuten Gelenkrheumatismus (kein monartikulärer etc.) beziehen, da sie mit denjenigen Becker's übereinstimmten. Schliesslich überhebt mich die Arbeit Becker's über die Pathogenese des akuten Gelenkrheumatismus und die Wechselbeziehungen dieser mit dem Trauma Erörterungen anzustellen. Ich beginne deshalb gleich mit der Schilderung einzelner Fälle und lasse diesen einige kritische Bemerkungen folgen. Bemerken will ich zuvor nur noch, dass ich absichtlich die Ueberschrift: „Gelenktrauma und akuter Gelenkrheumatismus“ gewählt habe, um die Frage mehr abzugrenzen.

I. Der Deckmann K., 55 Jahr alt, war am 24. November 1897 damit beschäftigt, Erde mittelst Kipplowrys von der Grube in den Kahn auf Schienengleis zu befördern. Als er mit zwei beladenen Lowrys abwärts nach dem Kahn fuhr, hatte er sich auf die hintere Lowry gestellt, welche plötzlich aussetzte und umschlug. Beim Seitwärtsabspringen fiel K. hin und schlug auf die rechte Hand auf. Er zog sich dadurch eine Verstauchung des rechten Handgelenks mit Bänderzerreissung und Bluterguss in das Gelenk zu. Diese Unfallfolgen waren nach dem Attest des behandelnden Arztes am 31. Dezember 1897 gänzlich beseitigt.

Anfang Januar 1898 erkrankte K. an heftigem und hartnäckigem Gelenkrheumatismus; und zwar waren beide Kniegelenke schmerzhaft geschwollen, während das rechte Handgelenk, das Ellbogen- und Schultergelenk gänzlich davon verschont blieben. Der behandelnde Arzt sprach den Gelenkrheumatismus als die mittelbare Folge des Unfalls an, da der Mann, welcher an einem Orte mit sehr feuchtem Untergrunde

lebte und zu rheumatischen Erkrankungen disponirt war, durch den Unfall gezwungen worden sei, sich wochenlang zu Hause aufzuhalten und sich den ungünstigen tellurischen Verhältnissen nicht nur, wie sonst, des Nachts, sondern auch tagsüber auszusetzen. Er schätzte die Erwerbseinbusse auf 100 Prozent.

Um einen mittelbaren Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem rheumatischen Leiden des Mannes als wahrscheinlich hinstellen zu können, hätte m. E. der Gelenkrheumatismus an dem beschädigten Gelenk einsetzen, zum Mindesten aber letzteres in Mitleidenschaft ziehen müssen. Wäre dann in letzterem Falle in Folge des Rheumatismus eine funktionelle Störung in dem beschädigten Handgelenk zurückgeblieben, so wäre ein mittelbarer Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gelenkrheumatismus anzunehmen gewesen.

Ich führte in meinem Gutachten aus, dass K. auch ohne Hinzutritt der Unfallverletzung diesen schädlichen Einflüssen zur Zeit der Schifffahrtspausen (im Winter) ausgesetzt ist, dass er durch seine Handbeschädigung gar nicht dauernd an seine Wohnung gefesselt war, dass er vielmehr tagsüber ganz nach Belieben sich im Freien ergehen konnte, so lange er wollte, und die hygienisch besser beschaffenen Distrikte aufsuchen konnte ebenso, wie während der Arbeitszeit. Da ausserdem das vom Unfall betroffene rechte Handgelenk nicht vom Gelenkrheumatismus befallen, vielmehr vollständig normal beweglich, schmerzfrei und nicht verdickt war, so kam ich zu dem Schluss, dass die Erkrankung des Mannes an Gelenkrheumatismus weder in direktem noch indirektem ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfall stehe und dass an dem rechten Handgelenk von Unfallfolgen, welche die Erwerbsfähigkeit des Mannes beeinträchtigen könnten, nicht mehr die Rede sei. Berufsgenossenschaft und Schiedsgericht schlossen sich meinen Ausführungen an und wiesen die Ansprüche des K. zurück.

Die Richtigkeit dieser Schlussfolgerung beweist nachstehender Fall:

II. Der Schiffseigner H., 51 Jahre alt, glitt am 2. Januar 1899 auf Deck aus, fiel hin und zog sich durch den Fall eine Quetschung der rechten Schulter und Verstauchung des Schultergelenks zu. Wegen zurückgebliebener Behinderung der Beweglichkeit des rechten Armes wurde ihm seitens der Berufsgenossenschaft eine Rente von 20 Prozent zugebilligt. Nach der Angabe des Beschädigten hatte sich am Tage nach der Entlassung aus dem medico-mechanischen Institut, am 7. April 1899, Gelenkrheumatismus eingestellt, welcher zuerst das rechte Schultergelenk, dann der Reihe nach das rechte Knie, das linke und das rechte Fussgelenk befiel und sich in mehrfachen Rückfällen zeigte. Der behandelnde Arzt attestirte, dass H. seit seiner Entlassung aus dem Institut an Gelenkrheumatismus erkrankt sei. H. legte Berufung beim Schiedsgericht ein, in welcher er die gewährte Rente als unzulänglich bezeichnete und behauptete, dass sich in Folge des Unfalls in dem verletzten Arm ein hochgradiger Rheumatismus eingestellt habe. Der vom Schiedsgericht hinzugezogene Arzt kam in seinem Gutachten zu folgenden Schlüssen: „1. H. ist wegen Gelenkrheumatismus noch für einige Zeit erwerbsunfähig. 2. Ein Zusammenhang dieser Erkrankung mit dem Unfall ist nicht anzunehmen. 3. Die bei der Entlassung aus dem Institut bestehende Erwerbsbeschränkung, also vor der Erkrankung an Gelenkrheumatismus, betrug 25 Prozent." Daraufhin verneinte das Schiedsgericht den Zusammenhang zwischen Unfall und Rheumatismus und gewährte dem Manne eine Rente von 25 Prozent, indem es der Schätzung des Gutachters folgte.

Gegen dieses Urtheil legte H. beim Reichs-Versicherungsamt Rekurs ein und beantragte ihm die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zuzusprechen. Das Reichs-Versicherungsamt erkannte unter dem 9. Januar 1900 folgendermassen:

„Durch die beigefügten ärztlichen Gutachten ist erwiesen, dass zwar nicht die Erkrankung des Klägers an Gelenkrheumatismus auf den Unfall vom 2. Januar 1899 zurückzuführen ist, wohl aber auf den Verlauf der Krankheit der Unfall insofern von Einfluss gewesen ist, als der Rheumatismus in dem durch den Unfall geschädigten Schultergelenk heftiger aufgetreten ist als in den andern Gelenken und in diesem Schultergelenk noch heute besteht, während er in den andern Gelenken bereits verschwunden ist. Insoweit besteht also zwischen dem Unfall und dem Gelenkrheumatismus ein mittelbarer Zusammenhang, und die Beklagte ist deshalb verpflichtet, den Kläger auch für diese Folge des Unfalls zu entschädigen. Die Gebrauchsfähigkeit des verletzten rechten Armes ist seit dem Hinzutreten des Gelenkrheumatismus, der etwa um die Zeit der Entlassung aus dem Institut des Dr. G. aufgetreten ist, gleich null, und der Kläger von da ab, so lange dieser Zustand besteht, ebenso zu entschädigen, als wenn er den rechten Arm überhaupt eingebüsst hätte, das heisst mit 75 Prozent der Vollrente."

Diese Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts hebt über manche Schwierigkeiten hinweg. Erkrankt ein Mann an Gelenkrheumatismus und tritt letzterer an einem durch Unfall geschädigten Gelenk heftiger auf als in den anderen Gelenken, bleibt er schliesslich allein noch in diesem Gelenk bestehen und verursacht er eine gesteigerte Störung der Gebrauchsfähigkeit in diesem Gelenk, dann besteht zwischen dem Unfall und dem Gelenkrheumatismus ein mittelbarer Zusammenhang. Die Fragen, ob der Gelenkrheumatismus durch den Unfall herbeigeführt oder ob das beschädigte Gelenk zuerst vom Rheumatismus befallen worden ist oder ob der Mann schon vor dem Unfall zum Gelenkrheumatismus disponirt war, werden in einem solchen Falle gänzlich überflüssig.

Beachtenswerth ist meiner Ansicht nach die Bedingung, dass das betreffende Gelenk durch den Unfall noch geschädigt sein muss, d. h. dass bei ihm noch nachtheilige Folgen von dem Unfall her vorhanden sein müssen zur Zeit, wo der Gelenkrheumatismus einsetzte.

Anders würde die Beurtheilung des qu. Zusammenhanges ausfallen müssen, wenn die Unfallfolgen an dem beschädigten Gelenk schon seit Jahren gänzlich beseitigt sind. Wird dann der Mann von Gelenkrheumatismus befallen und bleibt letzterer grade in dem s. Z. vom Unfall beschädigten Gelenk persistent und nachtheilig wirkend, dann würde ich Bedenken tragen, hierfür den Unfall als indirekte Ursache anzuschuldigen, da es ja ganz zufällig sein kann, dass sich die rheumatische Erkrankung grade in diesem Gelenk festgesetzt hat. Andrerseits könnte man aber argumentiren: Nach der Beschädigung des Gelenks können so geringfügige krankhafte Veränderungen in demselben zurückgeblieben sein, dass sie gar keine funktionellen oder andere Störungen mehr zu machen brauchten und sich sowohl den Beobachtungen des Unfallverletzten selbst wie den genauen Untersuchungen des Arztes entzogen; gleichwohl aber genügen diese minimalen Veränderungen, um die Veranlassung für das längere Persistiren und stärkere Einwirken des Rheumatismus grade in diesem Gelenk abzugeben. Mit einer solchen Argumentation verlässt man aber den Boden des Thatsächlichen und begiebt sich auf das Gebiet der Spekulation. Um den Wahrscheinlichkeitsbeweis für den Kausalnexus in einem solchen Falle zu erbringen, müsste man zum Mindesten verlangen, dass das s. Z. beschädigte Gelenk zuerst vom Gelenkrheumatismus befallen wird. Aber selbst dann bleibt die Sache noch sehr fraglich. Ich würde in einem solchen Falle sagen: Da die Folgen des Traumas an dem ge-

troffenen Gelenk schon seit Jahren verschwunden sind, so halte ich die Annahme für gewagt und wissenschaftlich nicht erweisbar, dass das stärkere Ein- und Festsetzen des Gelenkrheumatismus in dem qu. Gelenk mit dem Unfall in irgend einem Zusammenhang steht. Der Umstand, dass das qu. Gelenk am intensivsten vom Gelenkrheumatismus befallen worden ist, gestattet an sich nicht den Rückschluss, dass die Folgen des Traumas noch nicht gänzlich beseitigt waren.

III. Einiges Interesse bietet folgender Fall: Der Deckmann L., 30 Jahre alt, fiel am 13. Januar 1899 von einem $1^1/_2$ Meter hohen Holzbock herab und zog sich dabei eine Quetschung der beiden Hüften und am rechten Handgelenk zu. Der zuerst hinzugezogene Arzt, welcher den Beschädigten vom 14. bis 21. Januar 1899 behandelte, stellte am Tage nach dem Unfall fest, dass die Bewegung der verletzten Beine und der rechten Hand sehr beschränkt und schmerzhaft war. Temperaturerhöhung war am 14. Januar nicht vorhanden. Am folgenden Tage äusserte L. dem Arzt gegenüber, dass die Schmerzen in den Hüften sich sehr gebessert hätten, dagegen wäre jetzt die Bewegung in den beiden Schultergelenken sehr schmerzhaft. Die Temperatur betrug 39°. In den nächsten Tagen erkrankten beide Ellbogen- und Handgelenke, weshalb die Diagnose auf akuten Gelenkrheumatismus, wahrscheinlich unabhängig vom Unfall, gestellt wurde. Da das Fieber nach einigen Tagen zurückging und keine Zeichen von Endocarditis festgestellt werden konnten, wurde dem Manne die Erlaubniss ertheilt, nach Hause zu reisen. In seiner Heimath angekommen, musste er sich sofort wieder in ärztliche Behandlung begeben. Der Arzt konstatirte am 22. Januar 1899 eine Temperatur von 38,8° und akuten Gelenkrheumatismus, in Folge dessen beide Hand- und Fussgelenke geschwollen waren und eine Endocarditis sich eingestellt hatte. Auch nach der Ansicht dieses Arztes war der Gelenkrheumatismus nicht als Unfallfolge zu betrachten. Ich schloss mich in meiner Beurtheilung des Falles den Ansichten der behandelnden Aerzte an und zwar aus dem Grunde, weil die beschädigten Hüftgelenke von dem Gelenkrheumatismus nicht befallen waren, ihre Schmerzhaftigkeit beim Einsetzen des Letzteren sogar geringer geworden und weil erst in den späteren Tagen das beschädigte rechte Handgelenk mit rheumatisch erkrankt war. Berufung beim Schiedsgericht und Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt wurden auf Grund der übereinstimmenden Urtheile der Aerzte ohne anderweitige Begründung zurückgewiesen.

Der Fall liegt eigenartig. Unwillkürlich drängt sich der Gedanke auf, dass man es hier mit dem seltenen und schwer zu beurtheilenden Fall einer Coincidenz von beginnendem Gelenkrheumatismus mit einem Unfall zu thun hat. Wer bürgt dafür, dass die Schmerzen in den Hüftgelenken nicht bereits der Anfang des Gelenkrheumatismus waren? Wie der Mann gefallen war, hat sich leider nicht feststellen lassen; es ist aber kaum anzunehmen, dass beim Fallen beide Hüftgelenkenden gleichzeitig gequetscht worden sind. Man müsste denn annehmen, dass er bei gestreckten Beinen mit den Füssen zuerst aufgeschlagen ist und dass es sich um eine fortgepflanzte Stauchung der Hüftgelenke gehandelt hat. In diesem Falle würden aber auch sicher Schmerzen in den Fuss- und Kniegelenken aufgetreten sein und würde sich die gleichzeitige Quetschung des Handgelenks nicht gut erklären lassen. Die vom Arzt am Tage nach dem Unfall beobachtete normale Temperatur würde nicht direkt gegen die Annahme eines bereits in der Entwickelung begriffenen Gelenkrheumatismus sprechen. Was aber ziemlich sicher gegen die rheumatische Erkrankung der Hüftgelenke zur Zeit des Unfalls spricht, ist der Umstand, dass ihre Schmerzhaftigkeit am dritten Tage nach dem Sturze, wo die Schmerzen anderer Gelenke mit Temperatursteigerung auf akuten Gelenkrheumatismus hinwiesen, geringer geworden war. Bei einem akut rheumatisch afficirten Gelenk hätte man nach einem dasselbe treffenden Trauma das Gegentheil erwarten müssen.

Ich bin auf diese Supposition nur eingegangen, um mir zu vergegenwärtigen, wie man einen Fall von zufälliger Coincidenz von Gelenkrheumatismus und Trauma, der gewiss selten vorkommen wird, aber immerhin im Bereich der Möglichkeit liegt, zu beurtheilen hat.

Dieser Fall führte mich noch zu einer anderen Frage: Zugegeben, dass sich im Anschluss an ein Gelenktrauma oder, exakter gesagt, in Folge eines solchen ein akuter Gelenkrheumatismus entwickeln kann, muss man dann zum Nachweise des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Gelenkrheumatismus die Forderung stellen, dass das beschädigte Gelenk zuerst rheumatisch befallen wird? Meines Erachtens muss diese Frage, so lange wir über die Pathogenose des Gelenkrheumatismus noch auf keinem festen Boden stehen und über Hypothesen nicht hinausgekommen sind, bejaht werden. Wir handeln dann wenigstens konsequent und zwar nach Analogie unserer Beobachtungen bei dem Kausalnexus zwischen Trauma und Gelenktuberkulose, Trauma und Osteomyelitis, Trauma und Syphilis. Wohl niemand wird behaupten, dass, wenn nach einem Trauma des Fussgelenks eine Tuberkulose im Handgelenk sich entwickelt, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Handgelenkstuberkulose besteht. Ebensowenig wird man einen solchen Zusammenhang behaupten können, wenn nach einem Trauma des Kniegelenks bei einem früheren Syphilitischen spezifische Plaques an der Rachenschleimhaut auftreten. (Die von Dreyer auf der letzten Naturforscher-Versammlung angeführten hierher gehörigen Fälle beweisen nur, wie ich damals in der Diskussion angeführt habe, dass man bei den Syphilisrecidiven nach Traumen diesen letzteren nur die allgemein schwächende Rolle zuschreiben und aus dieser Schwächung, wie bekannt, eine grössere Neigung zum Recidiv herleiten kann; dass man aber zu weit gehen würde, wenn man behaupten wollte, ein Trauma bei einem latent Syphilitischen könne die Ursache werden für syphilitische Neubildungen und Zerstörungen fern vom Orte der Einwirkung an beliebigen Stellen und Organen des Körpers.) Ich wiederhole, so lange unsere Kenntnisse in der Pathogenese des Gelenkrheumatismus nicht über Vermuthungen hinausgehen, so lange wir überhaupt nur von der Wahrscheinlichkeit des Bestehens eines Kausalnexus zwischen Gelenktrauma und Gelenkrheumatismus reden können, müssen wir zum Beweise dieses wahrscheinlichen Zusammenhanges die Forderung stellen, dass das traumatisch affiizirte Gelenk zuerst rheumatisch erkrankt. Gehen wir nur einen Schritt weiter, dann begeben wir uns auf das unbegrenzte und unsichere Gebiet der Spekulation und des Philosophirens.

IV. Zum Schluss will ich noch folgenden Fall anführen: Der Kutscher G., ca. 25 Jahr alt, erlitt am 31. Dezember 92 durch Fall von einer Leiter einen Bruch der rechten Kniescheibe. Nach etwa vierwöchentlicher Krankenhausbehandlung wurde er als fast geheilt entlassen. Es bestand eine derbe fibröse Vereinigung der Bruchstücke. Am Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhause erkrankte er an akutem Gelenkrheumatismus, welcher an dem beschädigten Knie zuerst einsetzte und sich in den nächsten Tagen auf das andere Kniegelenk und andere Gelenke verbreitete. Zum Glück des Mannes trat nach 4 Wochen vollständige Heilung, ohne Benachtheiligung des beschädigten Knies und der Kniescheibe durch den Rheumatismus ein. Nach Ablauf der Karenzzeit

wurde ihm lediglich wegen der noch vorhandenen Folgen des Kniescheibenbruches eine Rente von $33^1/_3$ % zugebilligt. In diesem Falle war ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Gelenkrheumatismus nicht von der Hand zu weisen. Ich dachte damals noch nicht an die traumatische Entstehung des Gelenkrheumatismus; ich sagte mir aber, der Mann hat das durch den Unfall beschädigte Kniegelenk auf dem langen Wege vom Krankenhaus nach seiner Wohnung zu sehr angestrengt, es hat sich von Neuem entzündet und in diesem entzündeten Gewebe hat der Gelenkrheumatismus eingesetzt. Nach unserer heutigen Auffassung darf dieser Fall wohl einen Beitrag zur Kasuistik der Fälle von Gelenkrheumatismus in Folge von Trauma abgeben.

Fasse ich in Kürze die Folgerungen aus meinen Beobachtungen und aus der einschlägigen Litteratur zusammen, so sind es folgende:

1. Die Entstehung eines akuten Gelenkrheumatismus in Folge eines Gelenktraumas (Verstauchung, Verrenkung, Quetschung, Zerrung), ist wahrscheinlich.

2. Zum Nachweis der Wahrscheinlichkeit des Causalnexus muss gefordert werden, dass das durch Unfall beschädigte Gelenk zuerst vom Gelenkrheumatismus befallen wird.

3. Da die Differenzialdiagnose zwischen traumatischer und rheumatischer Entzündung eines durch Trauma beschädigten Gelenks oft auf grosse Schwierigkeiten stösst, so rathe ich erst dann die Diagnose auf akuten Gelenkrheumatismus zu stellen, wenn von letzterem auch andere Gelenke befallen werden.

4. Sind die Folgen eines Gelenktraumas schon seit Jahr und Tag gänzlich beseitigt und erkrankt dann der Betreffende an akutem Gelenkrheumatismus, so ist der Kausalnexus in hohem Maasse unwahrscheinlich.

5. Erkrankt ein Mann, der durch Unfall eine Gelenkbeschädigung erlitten hatte und von den Folgen dieser Beschädigung noch nicht vollständig geheilt war, unabhängig vom Unfall an Gelenkrheumatismus und hinterlässt letzterer eine Verschlimmerung des s. Z. verletzten und noch nicht völlig geheilten Gelenks, so besteht ein mittelbarer Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gelenkrheumatismus.

6. Die Gefahr, dass ein Gelenktrauma zum akuten Gelenkrheumatismus führt, steigert sich bei denjenigen Personen, welche zu letzterem disponirt sind. Aber auch in diesem Falle ist an Satz 2 und 4 festzuhalten.

7. Recidivirt ein Gelenkrheumatismus bei einem Manne, bei welchem die erste Erkrankung an Gelenkrheumatismus als mit dem Gelenktrauma ursächlich zusammenhängend anerkannt worden ist, so würde das Recidiv nur in dem Falle auf Konto des Unfalls gesetzt werden können, wenn das s. Z. beschädigte Gelenk noch Unfallfolgen aufweist und wieder zuerst oder zum Mindesten besonders intensiv vom Gelenkrheumatismus befallen wird. Weitere Grenzen zu ziehen, halte ich für gewagt. Voraussetzung ist dabei natürlich, dass der Betreffende nicht schon vor dem Unfall zu Erkrankungen an akutem Gelenkrheumatismus disponirt war.

8. In letztgedachtem Falle wird man jedes spätere Recidiv, auch wenn inzwischen ein Recidiv durch einen Unfall herbeigeführt war, zunächst auf die vom Unfall unabhängige Disposition zurückführen müssen, zumal wenn inzwischen die Folgen des Unfalls an dem s. Z. beschädigten Gelenk schon geraume Zeit abgeklungen waren. Ausgenommen hiervon sind diejenigen Fälle, in welchen die späteren Recidive sich vorwiegend und immer wieder in dem durch den Unfall verletzten Gelenk lokalisiren. *)

9. Je kürzer die Zeit zwischen Gelenktrauma und akutem Gelenkrheumatismus ist, um so wahrscheinlicher ist der ursächliche Zusammenhang zwischen beiden. *)

Peliosis rheumatica und Trauma.

Von

Dr. M. Mayer-Simmern.

Königl. Kreiswundarzt.

Im Anschluss an die Arbeit „Gelenkrheumatismus nach Trauma“ von Herrn San.-Rath Dr. Becker in der Aerztl. Sachv.-Zeitung vom 15. Juni 1900 möchte ich in Nachstehendem einen kasuistischen Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen Peliosis „rheumatica“ und Trauma geben.

Die etwa 50 Jahre alte Frau, die bis dahin anscheinend gesund gewesen war und die durch Botengänge ihr Brot verdient hatte, fiel am 5. Juli 1897 beim Kleeholen von einem niederen Wagen auf die Vorderfläche des linken Kniegelenkes. An den Fall schloss sich alsbald Schmerz im Gelenke, geringe Schwellung an; es wurde sofort ein Knochenflicker, nach etwa drei Wochen gelegentlich ein Arzt zugezogen. Diesem fiel eine Neigung zur Beugestellung, eine mässige Beschränkung der Beweglichkeit in den äussersten Exkursionen bei aktiven und passiven Bewegungsversuchen und ganz besonders der hinkende Gang auf. Die Verletzte war ihm persönlich genau bekannt gewesen. Er betonte in seinem Gutachten besonders den im Verhältniss zur Stärke des Hinkens auffällig geringen objektiven Befund; er nahm an, es müsse durch jenen von Zeugen einwandfrei beobachteten Fall immerhin eine tiefere Verletzung der das Gelenk konstituirenden Theile verursacht worden sein, obwohl jeder Anhalt für die Art der Verletzung fehlte.

Grade dieses Betonen des Gegensatzes zwischen Geringfügigkeit des objektiven Befundes und der Grösse der Funktionsstörung Seitens eines in hohem Masse erfahrenen Gutachters ist von Bedeutung. Er schätzte übrigens nach Ablauf der ersten 13 Wochen die Beeinträchtigung an Erwerbsfähigkeit, soweit sie von der Kniegelenkverletzung herrührte, auf 30 Prozent.

Am 23. September 1897 erlitt die Frau einen zweiten Unfall. An eine Fingerverletzung durch einen rostigen Nagel schloss sich eine progressive Phlegmone von Hand und Vorderarm rechts an. Für diesen Fall wurde meine Hülfe in Anspruch genommen. Hierbei fiel auch mir sofort der unbeholfene, unsichere, hinkende Gang mit der linken unteren Extremität auf. Als nach Heilung der Phlegmone eine neue Prüfung des Beines vorgenommen wurde, zeigte es sich, dass es nicht gelang, wie in der Norm, das Bein auf eine ebene Unterlage aufzulegen. An der Streckung bis zur äussersten Grenze fehlten einige Grad; ebenso war aktive und passive Beugung bis zum spitzen Winkel nicht möglich. Bei dieser Untersuchung vom 14. Oktober 1897 zeigte sich in der Form kaum ein Unterschied zwischen rechtem und linkem Kniegelenke. Das Messband ergab über der Kniescheibe keine Differenz; der Umfang betrug beiderseits 31,5 cm; unter der Kniescheibe rechts 28,5, links 27,5 cm. Die Oberschenkelmuskulatur erwies sich rechts um 2 cm an Umfang grösser, als links, auch resistenter, fester. Es hatte sich demnach um eine akut entstandene, rasch zu recht grosser Funktionsstörung führende Kniegelenkveränderung gehandelt, die mit den bekannten Formen nichts gemeinsam hatte und deren Diagnose in suspenso gelassen werden musste.

Bei einer Nachuntersuchung im Mai 1898 fand ich an der Vorderfläche des linken Unterschenkels einige zerstreute Blutunterlaufungen. Diese Plaques sind in späterer Zeit häufiger

---

*) Becker, l. c.

und intensiver aufgetreten und sind später auch rechts beobachtet worden. An dem spontanen Sichausbilden der Flecke bestand damals kein Zweifel.

Bei der letzten, am 20. Juni 1900 vorgenommenen Prüfung des Allgemeinbefindens und der Erwerbsfähigkeit zeigten sich beide Unterschenkel von je etwa 10 bis 12 durchschnittlich $1^1/_2$ cm im Durchmesser fassenden, grünlich bis gelbgrünlich roth gefärbten, nicht erhabenen Flecken an den Streckseiten besät. Die Untersuchte, selbst von der Zahl und der Grösse der Blutunterlaufungen überrascht, führte dieselben darauf zurück, dass sie in der letzten Zeit wiederholt gefallen sei und wollte dadurch die Schwäche ihres Kniegelenkes demonstriren. Für die Möglichkeit der traumatischen Entstehung aller Flecke zu gleicher Zeit oder je eines Extravasates allein zu verschiedener Zeit fehlte aber jeder Anhalt, man hätte dann doch auch irgendwo einmal eine Hautabschürfung oder eine Beule finden müssen; auch hätten einem Falle entsprechend die Flecke einmal grössere Ausdehnung in der Längenrichtung und nicht blos Kreisform aufgezeigt.

Irgend eine messbare Formveränderung des Gelenkes besteht nicht mehr; auch dem tastenden Finger zeigen sich keinerlei Unterschiede. Die Muskulatur beider Oberschenkel ist beiderseits nahezu vollkommen gleich kräftig. Die äusserste Streckung gelingt nunmehr auch aktiv, das Bein federt indessen sofort in eine mässige Beugestellung, aus welcher es nicht, wie in der Norm, zum vollständigen spitzen Winkel gebracht werden kann. Der Gang ist noch mässig hinkend. Schmerzen sollen bei Witterungswechsel gelegentlich recht heftig im linken Kniegelenke auftreten. Der Harn enthält auch heute, wie früher, kein Eiweiss, kein Blut.

Stehen nun die Blutunterlaufungen an beiden unteren Extremitäten, die immer wieder aufs Neue auftreten und immer wieder resorbirt werden, mit der Gelenkverletzung im Zusammenhang?

Es handelt sich nicht um ein typisches Blutergelenk, wie es König in seiner klassischen Darstellung (Volkm. klin. Vortr. N. F. 36) schildert. Die Frau ist keine Bluterin; übrigens sind alle anderen Gelenke frei geblieben und sind die operativen Eingriffe an der oberen Extremität ohne grossen Blutverlust verlaufen.

Man könnte nun an einen Zusammenhang zwischen den zur Heilung der Vorderarmphlegmone bei Tamponade der Schnittwunden angewandten Reizmitteln, insbesondere der Jodtinctur und der Neigung zu Blutungen denken, umsomehr, als insbesondere französische Aerzte (Boinet) den Morbus maculosus mit der Anwendung von Jod in Connex gebracht haben.

Dem widerspricht aber das immer wieder beobachtete Neuauftreten von Blutungen, trotzdem der Arm bereits einige Jahre geheilt ist, derselbe Punkt, der auch die Annahme eines Zusammenhanges mit irgend welchen akuten infektiösen Prozessen nicht aufkommen lässt.

Nehmen wir aber an, dass es sich um eine „Peliosis rheumatica" handelt, um eine Krankheit, die sonst spontan entsteht und sich durch Gelenkaffektion und Petechien kundgiebt, so deutet sich das ganze Bild am einheitlichsten.

Es müsste dann angenommen werden, dass auf den Fall — bei bereits vorher bestehender „Dyskrasie" — ein geringer Bluterguss ins linke Kniegelenk gefolgt sei, dass dieser sich in eigenartiger Weise rasch organisirt hat, und dass nachdem gerade auf die hintere Kapselwand sich Membranen abgelagert haben, eine umschriebene Schrumpfung von Partien dieser Wand eingetreten ist. Das Auftreten von Blutunterlaufungen an den Extremitäten ist auch bei spontan entstehender Peliosis nach dem Einsetzen von Gelenkveränderungen beobachtet worden.

Für das Entstehen der Diathese überhaupt möchte ich eine jahrelange Unterernährung verantwortlich machen. Obwohl hier von Skorbut nicht die Rede ist — Schleimhautblutungen fehlten durchaus — ist mancherlei Vergleichsmoment mit den von Klein-Marburg beobachteten Fällen haemorrhagischer Diathese gegeben.

Mittelbarer Zusammenhang zwischen Augenverletzung und tötlicher Hirnhaut-Entzündung.

Auszug aus einem für die Nordöstliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft abgegebenen Gutachten.

Von

Dr. **M. Wolff**-Berlinchen.

Dem 23jährigen Schlosser W. drang am 30. April 1898 bei der Arbeit ein Stahlsplitter in das Innere des linken Auges. Der Stahlsplitter konnte nicht entfernt werden. Wegen dauernder Reizzustände und Schmerzen des linken Auges durch den Fremdkörper wurde erst im September 1899 das linke Auge herausgenommen. Es bestand nach der Herausnahme eine stete eitrige Absonderung in der Augenhöhle.

In den ersten Tagen des Februar 1900 erkrankt W. plötzlich unter Frost, starkem Kopfschmerz, Erbrechen. W. bricht besonders beim Aufrichten des Körpers. Am 8. Februar sehe ich den Patienten. Er bietet das Bild der Hirnhautentzündung, die in ihrem Verlaufe typisch ist und am 17. Februar 1900 zum Tode führt. Erwähnt sei nur, dass die linke Augenhöhle des Auges entbehrt, eine stark geröthete Wundfläche mit geringer Nässung zeigt. In den Lidwinkeln steht flüssiger Eiter; es haften auch an ihnen, sowie den Augenbrauen angetrocknete Eiterpartikel. Das rechte Auge erscheint äusserlich hinsichtlich der Lider, Bindehaut etc. normal. Es besteht keine Sekretion. Der Augenhintergrund ist etwas trübe, ohne Stauungserscheinungen.

Lungenentzündung, Typhus, Pyämie, Miliartuberkulose etc. waren hinsichtlich des Verlaufes und objektiven Befundes, auch eine tuberkulöse Meningitis, eine primäre epidemische Genickstarre auszuschliessen. Die Meningitis war eine sekundäre d. h. die Entzündungserreger mussten von einer andern Stelle zu den Gehirnhäuten hingeführt sein. Erkrankungen der Schädelknochen, offene Kopfwunden, Furunkel, Ohreiterungen bestanden nicht, Quellen, von denen sonst bisweilen Eitererreger zur Gehirnhaut gelangen und hier eine Meningitis auslösen. Dass nach Herausnahme eines Auges in einem gewissen Prozentsatz Meningitis eintritt, ist bekannt. Hat doch aus diesem Grunde Gräfe die Enukleation mit der angeblich gefahrlosen Exenteratio bulbi vertauscht. Doch ist hier die Enukleation im September 1899 gemacht; die Erscheinungen der Meningitis traten erst Februar 1900 auf, eine Zwischenzeit, die zu lang ist, um die Meningitis auf jene Enukleation ohne weiteres zurückzuführen. Es ist jedoch folgendes zu erwägen: Dass Krankheitserreger, welche bei Verletzungen in den Augapfel hineinkommen, durch die Lymphscheiden der Sehnerven über die Sehnervenkreuzung nach dem andern Auge wandern, ist auf Grund vielfacher Untersuchungen anzunehmen. Die Lymphscheiden der Sehnerven stehen aber nicht nur unter sich, sondern auch gemäss ihrer anatomischen Anordnung mit dem Lymphraum der Hirnhäute in Verbindung. Dass bei W. die linke Augenhöhle ständig Sitz von Eitererregern war, ist nach dem oben Gesagten durch Vorgeschichte sowie Befund festgestellt. Eitererreger waren hier in die Lymphräume bezw. Lymphscheiden ausgewandert, hatten nicht den üblichen Weg über die Sehnervenkreuzung zum andern Auge genommen, sondern waren zu den Lymphräumen der Gehirnhäute gelangt und hatten hier die Meningitis ausgelöst. Die Meningitis führte zum Tode.

Also eine von selbst gegebene Kette des Zusammenhangs. Verletzung des Augapfels durch den Stahlsplitter. Nach 17 Monaten Enukleation, Monate lange Eiterung der leeren Augenhöhle, Ueberwanderung der Eitererreger von hier durch kommunizirende Lymphräume zu den Gehirnhäuten, Meningitis, Tod.

Der Tod steht also in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfalle.

Referate.

Allgemeines.

Ueber die Zuverlässigkeit der Angaben der verletzten Person über die Vorgänge bei einer von ihr erlittenen schweren Schädelverletzung.

Von Prof. Dr. Ph. Ziehen-Jena.

(Cor. Bl. d. allg. ärztl. Ver. von Thüringen, 1900, No. 2.)

Der Landwirth M. in O. wurde am 18. Februar 1899 sammt seinen beiden Kindern erschlagen, seine Ehefrau schwer am Schädel verletzt, aber noch lebend, vorgefunden. Das Stirnbein war zertrümmert, Blut floss aus dem rechten Ohr und der Nase. Im Laufe desselben Tages war die Frau nicht dauernd bewusstlos, insbesondere antwortete sie auf die Frage nach dem Thäter: „fragt doch nicht noch, sie sind's gewesen, Schmied“. Der Verdacht lenkte sich daher auf einen Freund M.'s, den nahewohnenden Schmied B. Ein andermal antwortete die Verletzte auf die gleiche Frage: „Der Meister.“ Auch gab sie trotz ihres schwer leidenden Zustandes noch manches andere bezüglich des geschehenen Verbrechens an: „Zwei grosse starke Männer sind in Strümpfen in die Kammer gekommen, es waren Oldisleber, ich darf nicht sagen wer es gewesen ist, wenn alles vorbei ist, will ich's sagen“ u. s. w. Am folgenden Tage bezeichnete sie die Thäter deutlich mit Kaufmann, Arbeiter, dann aber sagte sie auch wieder, und zwar nach dem Dafürhalten der Krankenschwester bei vollem Bewusstsein, „der Meister, der Schmied, der die Pferde beschlägt“ und nannte schliesslich B.'s Namen. Sie erkannte den Arzt und ihren anwesenden Bruder. In der Folgezeit erzählte sie ganz ausführlich, was sie und ihr Mann Abends gethan hätten, und überzeugte durch das Ausrechnen von Rechenexempeln die anwesenden Laien völlig von ihrer geistigen Klarheit.

Am 7. März untersuchte Z. die Verletzte und fand, abgesehen von den örtlichen Verletzungsfolgen, körperlich nichts Besonderes an ihr. Sie war über Ort und Personen vollkommen im Klaren und unterhielt sich geordnet. Was sie am Abend vor dem Mordanfall gethan habe, erzählte sie ganz genau. Von dem Vorfall selbst hatte sie jetzt keine Erinnerung mehr. Insbesondere wollte sie nicht behaupten, dass der Schmied sie geschlagen habe.

In seinem Gutachten führte Z. aus, dass, trotz der scheinbaren geistigen Frische Fr. M. sich auch heute noch in einem, durch die Allgemeinwirkung bedingten, Dämmerzustand befinde. Er stellte fest, dass sie noch verhältnissmässig theilnamlos war, dass es ihr noch schwer sei, sich auf manches Vergangene zu besinnen, dass unabhängig von der Schwierigkeit der an sie gestellten Fragen, ihre Antworten noch oft falsch wären. Solche Dämmerzustände sind häufig mit Sinnestäuschungen verquickt, die jedoch bei Frau M. keine grosse Rolle zu spielen scheinen. Immerhin liegt eine Andeutung auf Sinnestäuschung in der Aeusserung: „Ich darf es nicht sagen wer uns geschlagen hat.“

Die Dämmerzustände nach Verletzungen bedingen fast immer eine Lücke in der Erinnerung, welche sich auf einen umgränzten Zeitraum vor und nach Verletzung und auf die Verletzung selbst erstreckt. Gegenwärtig ist die Erinnerungslücke sehr stark ausgeprägt, Fr. M. weiss von der ganzen Mordnacht gar nichts, und ihre Angaben über den Verlauf des vorhergehenden Abends haben sich zum Theil als falsch herausgestellt. Wie sind nun die bestimmten Aeusserungen der Fr. M. in der Zeit unmittelbar nach dem Mordanfall zu beurtheilen? Nach ärztlicher Erfahrung kann man nicht sagen, dass aus dem jetzigen Erinnerungsmangel die Falschheit der anfänglichen Angaben gefolgert werden dürfte. Aber andererseits muss man berücksichtigen, dass bei derartigen Mittheilungen im Beginn eines Dämmerungszustandes die Phantasie eines Verletzten selbst und Beeinflussungen seitens dritter Personen eine grosse Rolle spielt. Am Zuverlässigsten sind noch bestimmte Schilderungen, und es wäre zum Beispiel nicht gleichgiltig, wenn die M. wörtlich gesagt hätte: „B. kam in Strümpfen herein und schlug mich mit dem Hammer.“ In Wirklichkeit hat sie aber nur immer auf bestimmt gestellte Fragen geantwortet: B. oder der Schmied oder der Meister, einmal sogar ganz abweichend: Kaufmann, Arbeiter. Verfasser ist daher zu dem Schlusse gelangt, dass den Angaben der Fr. M. über den Thäter kein unbedingter Glaube beizumessen ist.

Grosses Unheil ist durch dieses Gutachten verhütet worden. Der Verdacht wurde von B. abgelenkt und richtete sich später auf den Knecht der Familie M., welcher nach kurzer Zeit gestand, den Raubmord verübt zu haben.

Zur Kasuistik der Selbstmorde durch Schuss.

Von Prof. Dr. Leo Wachholz-Krakau.

(Ztschr. f. Med. B. 1899 No. 22.)

1. Drei Schüsse gegen den Kopf, Selbstmord oder Mord?

Ein Schlossermeister, der mit einem Freunde ausgegangen war, wurde zwölf Stunden später noch lebend, aber bewusstlos auf einer Wiese gefunden. Neben ihm lag ein Revolver, von dessen 5 Patronen 3 abgeschossen waren. Er verschied nach einem weiteren halben Tage, ohne das Bewusstsein wiedererlangt zu haben. Bei der Sektion fanden sich am Kopfe drei Wunden, in deren Umgebung die Haut geschwärzt und die Haare versengt waren. Von der rechten Schläfe führt eine Einschussöffnung in einen beide Stirnlappen des Gehirns durchquerenden Kanal, welcher unmittelbar in eine die linke Schläfe durchdringende Wunde mündet. Die Oeffnung auf der rechten Seite, sowie der rechte Theil des Kanals sind deutlich weiter als die entsprechenden Antheile der linken Seite. Ein Bleigeschoss liegt etwas unter der Mitte des Kanals in der Hirnsubstanz. Ein dritter Wundkanal führt von der linken Schläfe erst durch den linken Vorderlappen, dann an der Grenze zwischen diesem und dem Schläfenlappen bis in das Hinterhorn der linken Hirnhöhle. Hier lag ein zweites Geschoss.

Die Umgebung der Einschussöffnungen liess mit Sicherheit erkennen, dass die Schüsse, durch welche der Tod des Schlossers herbeigeführt war, aus unmittelbarer Nähe abgegeben worden sein mussten. Diese Thatsache und die Ergebnisse der polizeilichen Untersuchung macht es wahrscheinlich, dass nicht Mord sondern Selbstmord vorliege. Die Frage, ob ein Mensch im Stande sei, sich selbst hintereinander mehrere so bedeutende Gehirnverletzungen beizubringen, wird vom Verfasser bejaht. Aus dem Sektionsbefunde ergiebt sich, dass drei Schüsse den Kopf getroffen haben. Eine Kugel ist in die rechte Schläfe eingedrungen und im rechten Stirnlappen stecken geblieben. Die beiden anderen haben die linke Schläfe getroffen, und zwar muss man annehmen, dass das eine dieser Geschosse nach Durchbohrung des rechten Stirnlappens in den von links her kommenden Wundkanal gerieth und durch diesen den Körper wieder verliess (Erweiterung des linken Wundkanals und der linken Einschussöffnung). Das

dritte Geschoss endlich ist schräg bis in das Unterhorn der linken Hirnhöhle gedrungen.

Wenn man annimmt, dass die Schüsse in der eben angegebenen Reihenfolge wirklich abgegeben worden sind, so widerspricht es der ärztlichen Erfahrung nicht, dass der Verstorbene nach Abfeuerung der ersten beiden bei Bewusstsein geblieben ist und die Kraft besessen hat, noch ein zweites bezw. drittes Mal zu schiessen. Aehnliche Fälle sind etliche Male beschrieben.

2. Herzverletzung durch Schuss aus einer Flobert-Pistole.
Der Diener eines Waffenhändlers wurde, vollkommen angekleidet, tot neben seinem Bette gefunden. Unter dem Bette lag eine kleine Flobert-Pistole. In der Magengrube fand sich eine kleine Hautabschürfung; ringsum war die Haut blutunterlaufen. Man gelangte mittelst einer feinen Sonde in eine kaum merkliche Wunde. Diese bildete jedoch den Eingang zu einem Kanal, der die rechte Herzhöhle eröffnete. Ein Geschoss war nicht zu finden, doch liess ein stahlgrau verfärbtes Loch in den Kleidern über der Wunde keinen Zweifel, dass ein Schuss aus der Pistole die Todesursache gewesen wäre. Nach Lage der äusseren Umstände konnte nur Selbstmord oder Zufall in Frage kommen.

Da die Wirkung der Flobert-Geschosse noch nicht genügend studirt ist, machte Verfasser eine Reihe von Versuchen mit der vorgefundenen Waffe. Es ergab sich, dass nur bei Schüssen aus unmittelbarer Nähe die Wände des Schusskanals geschwärzt wurden, und dass eine Schwärzung der abfeuernden Hand nur eintrat, wenn die Mündung der Pistole unmittelbar auf den zu verletzenden Gegenstand gesetzt wurde.

Im vorliegenden Falle liess die fehlende Schwärzung der Finger keinen Zweifel darüber aufkommen, dass die Pistole beim Schuss nicht unmittelbar auf den Körper oder die Kleidung aufgesetzt war. Hierdurch und durch die Thatsache, dass der Verstorbene vollständig bekleidet gefunden wurde, wird ein Selbstmord höchst unwahrscheinlich gemacht.

Die Entstehung von Geschwülsten im Anschluss an Verletzungen.

Ein Beitrag aus der chirurg. Universitätsklinik Strassburg i. E. (Prof. Dr. Madelung).

Von Dr. Alfred Machol-Strassburg i. E.-Singer. 1900.

Als Beitrag zu der von v. Büngner-Hanau auf dem 28. Chirurgenkongress (cf. diese Zeitschr. No. 11 1899) vorgeschlagenen Sammelforschung ist diese Arbeit auf Anregung von Prof. Dr. Madelung unternommen worden.

Zu Grunde liegt die Untersuchung über obige Frage. Das ganze Geschwulstmaterial, das an der Universitätsklinik Strassburg vom 1. Oktober 1894—1. Oktober 1899 in Beobachtung kam, ein Zeitraum, während dessen die chirurgische Klinik unter einheitlicher Leitung (Prof. Dr. Madelung) gestanden hat.

In der Einleitung wird darauf hingewiesen, dass die Geschwulstätiologie — vor Allem die Frage der traumatischen Aetiologie — heute nicht mehr eine rein theoretisch-wissenschaftliche ist, sondern seit dem Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes eine eminent praktische Bedeutung erlangt hat, und dass die Ausübung der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit dringend erfordert, eine sichere Basis für die Beurtheilung solcher Fälle zu gewinnen.

Dazu können wir beim heutigen Standpunkt der biologischen Forschungsmethoden nur auf dem rein statistischen Wege gelangen, aber zahlreich sind — wie des Näheren in der Arbeit ausgeführt ist — die Fehlerquellen, mit denen wir rechnen müssen, und darum wird mit allem Nachdruck betont, dass wir die Ergebnisse nicht als wissenschaftliche Urtheilssprüche aufzufassen haben, sondern dass unsere Entscheidungen nur eine Abwägung von Wahrscheinlichkeiten darstellen.

Die Bedingungen, auf Grund deren die „Wahrscheinlichkeit“ des Zusammenhanges zwischen einer Neubildung und einem vorausgegangenen Trauma als gegeben betrachtet wurde, sind ebensowenig wissenschaftlicher Erkenntniss, sondern einzig und allein der im Laufe der Jahre gewonnenen Erfahrung der Sachverständigen zu verdanken, und in der zu erörternden Arbeit folgt dabei der Verfasser der Zusammenstellung von Thiem in dessen „Handbuch der Unfallerkrankungen“.

1. Der Tumor muss an der Stelle der ursprünglichen Gewaltseinwirkung entstehen.

2. Es muss zwischen Unfall und Ausbruch der Erkrankung eine Brücke von Erscheinungen vorhanden sein, die den ursächlichen Zusammenhang mit der Verletzung auch in zeitlicher Beziehung begreiflich resp. wahrscheinlich erscheinen lässt.

3. Innerhalb eines gewissen Zeitraumes muss die Neubildung spätestens sich gezeigt haben.

Nach diesen Grundsätzen wurde das Material kritisch untersucht und eingetheilt in drei Gruppen:

1. Carcinome,
2. Sarcome,
3. anderweitige (eigentliche) Geschwülste.

In diesen drei grossen Gruppen sind die Fälle wieder gesondert, je nachdem

AI) die Entstehung der Neubildung zurückgeführt wird auf ein einmaliges Trauma (Trauma in berufsgenossenschaftlichem Sinne), das auf eine vorher anscheinend vollkommen normale Stelle eingewirkt hat,

AII) die Entstehung zurückgeführt wird auf ein Trauma, durch welches eine bereits vorhandene Warze oder Narbe betroffen wurde.

B) Die Neubildung entsteht aus einer Narbe, die

a) im Anschluss an einen chronischen Entzündungsprozess oder an ein lange zurückliegendes Trauma sich gebildet, ohne dass abermals ein Trauma diese betroffen hat,

b) die Neubildung entsteht aus Wunden, die nicht zur Heilung gelangt und geschwürig entartet sind.

Vom Standpunkte der Unfallgesetzgebung aus kamen demnach vor Allem die Fälle in Betracht, welche in der Gruppe AI zusammenzustellen waren.

Bei den Carcinomen entfielen von 502 Fällen 11 in diese Gruppe und zwar

1. 6 Mammacarcinome,
2. 3 Gesichtscarcinome,
3. 1 Magencarcinom,
4. 1 Beckencarcinom.

Davon konnte in acht Fällen der Zusammenhang als ein wahrscheinlicher erklärt werden = 0,87 Prozent und zwar bei 1. 4 Mammacarcinomen von im Ganzen 72 Fällen = 5,55 Prozent,
„ 2. 2 Gesichtscarcinomen,
„ 3. 1 Magencarcinom,
„ 4. 1 Beckencarcinom.

Sarcome waren 155 beobachtet worden und in 19 Fällen = 12,25 Prozent wurde ein einmaliges vorausgegangenes Trauma als Ursache der Geschwulstentstehung angeschuldigt.

Zwischen dem Auftreten der Geschwulst und dem Unfall war ein Zeitraum verstrichen, der von 33 Jahren bis 3 Wochen schwankte.

Dem Sitz nach vertheilten sich die Fälle:

1. auf Kopf und Gesicht 4 Beobachtungen,
2. „ die Extremitäten 5 „
3. „ das Becken 4 „
4. „ den Rücken 2 „

Je ein Fall kam auf Hoden, Brustdrüse, Netz, Rippenfell. Vom Knochensystem ging die Neubildung in 10 Fällen aus. Die Haut war viermal befallen. — Je 1 Mal: Augapfel, Brustfell, Netz, Hoden, Mamma.

Von diesen 19 Fällen konnte 11 Mal der kausale Zusammenhang als ein wahrscheinlicher bezeichnet werden.

Von den Geschwülsten der III. Gruppe, in der 263 Fälle verzeichnet sind konnte fünfmal der kausale Zusammenhang als wahrscheinlich erklärt werden und zwar

1. bei 1 Cystadenom der Mamma,
2. bei 2 Angiomen,
3. bei Exostosis cartilaginea,
4. bei 1 Osteom.

Im Ganzen konnten demnach von 920 Geschwulstfällen, wobei nur die eigentlichen Neubildungen nach dem heutigen Stande der Wissenschaft berücksichtigt und nur solche Fälle verwerthet wurden, von denen ausreichend ausführliche Krankenblätter vorlagen, 24 Beobachtungen für die vorliegende Frage in positivem Sinne verwerthet werden, während nach den Angaben der Patienten 39 Mal ein ursächlicher Zusammenhang vorhanden gewesen wäre. Von 39 Fällen haben also 15 = 38,46 Prozent, d. h. mehr wie ein Drittel, bei kritischer Betrachtung ausgeschieden werden müssen.

In diesem positiven zahlenmässigen Ergebniss = 2,06 Prozent unterscheidet sich die vorliegende Arbeit wesentlich von denen, die früher der gleichen Frage ihre Aufmerksamkeit zugewendet haben, und das wird darauf zurückgeführt, dass in anderen Arbeiten

1. die Angaben der Patienten ohne weitere Prüfung aufgenommen wurden,
2. kein Unterschied gemacht wurde zwischen einmaligem Trauma und sog. chronischem Reiz,
3. kein Unterschied gemacht wurde zwischen der Entstehung der Geschwulst auf vorher gesundem Boden und dem Emporwachsen aus früher schon pathologisch verändertem Gewebe.

Des Weiteren wird an der Hand eines Falles eine Fehlerquelle angeführt, die in der Unsicherheit der Diagnose liegt in Fällen, da ein Tumor gemäss seines Sitzes direkter Untersuchung nicht zugänglich und der Befund ein derartiger ist, dass man gedrängt ist, eine Neubildung aufzunehmen, während es sich in Wirklichkeit überhaupt um keine solche handelt. Führt dann weder ein Eingriff noch die Obduktion zur Richtigstellung der Diagnose, dann bereichert auch ein solcher Fall die Kasuistik dieser Frage, allerdings mit recht zweifelhaftem Nutzen für die praktische Aufgabe. —

Alle diese Punkte bedingen, dass es ausserordentlich nöthig ist, jeden einzelnen Fall kritisch abzuwägen, soll durch ihn der Schatz unserer Erfahrung bereichert werden, auf Grund deren wir allein im konkreten Fall eine Entscheidung treffen können. Darum kann eine statistische Arbeit über diese Frage einen gewissen, wenn auch immer nur relativen, Werth nur dann haben, wenn sie ihre zahlenmässigen Schlüsse nach kritischer Aussonderung ihrer Fälle zieht. Aber auch dann wird dies Ergebniss niemals als ein wissenschaftlicher Beweis der traumatischen Aetiologie der Geschwülste aufgefasst werden dürfen.

In der angeführten Arbeit schliesst sich den Fällen, da ein einmaliges Trauma (Trauma in berufsgenossenschaftlichem Sinne) vorgelegen, dann in Form einer kurzen Uebersicht die Besprechung der Fälle an, da es sich um den Einfluss geringfügiger, chronischer traumatischer Reizungen bei der Entstehung von Geschwülsten gehandelt haben soll, und Verfasser kommt dabei zum Schluss, dass man den chronischen Reifen und den durch sie gesetzten Veränderungen einen wesentlich höheren Werth zugestehen muss, als den einmaligen heftigen Insulten bei der Frage der traumatischen Aetiologie der Geschwülste.

Doch in beiden Fällen wird das Trauma niemals allein die Grösse sein, die wir einsetzen können an Stelle des unerforschten „unbekannten X“.

Der Arbeit sind dann sechs Tabellen beigegeben, die in leicht übersichtlicher Form das zahlenmässige Resultat enthalten.

Das Ergebniss, zu dem Verfasser gelangt, ist dahin zusammengefasst:

Dass das Trauma einen Umstand darstellt, in dessen Gefolge wir, soweit ein einmaliger Insult in Frage steht, sehr selten, etwas häufiger, sobald es sich um wiederholt einwirkende Reize handelt, eine Neubildung sich entwickeln sehen, dass aber durch nichts die Annahme gerechtfertigt wäre, in diesem Umstand die eigentliche, letzte Ursache, die causa essentialis zu erblicken.

Der Literatur-Nachweis umfasst 66 Nummern.

Alle näheren Einzelheiten der bezüglichen Fälle und ihrer Verwerthung sind in der Arbeit selbst einzusehen.

Autorreferat.

Ueber „Druckstauung“.

Von Dr. Georg Perthes-Leipzig, Privatdozent.
(D. Ztschr. f. Chir. Bd. 55 H. 3-4.)

Durch gewaltsame Zusammendrückung des Brustkorbs oder des Bauches kann ein seltenes eigenartiges Krankheitsbild hervorgerufen werden, das in der Hauptsache durch Stauungs-Wassersucht und mehrfache Blutaustritte am Kopf und Hals gekennzeichnet ist. Der vorliegende Fall ist im Ganzen der sechste, der veröffentlicht wird.

Eine 27jährige Fabrikarbeiterin wurde von einem schweren eisernen Wagen gegen einen Prellbock gepresst, das Gesicht nach oben, die linke Schulter gegen den Wagen, die rechte Brustseite gegen den Bock gekehrt. „Ein paar Sekunden, höchstens zwei Minuten“, soll sie eingequetscht gewesen sein. Als sie befreit wurde —, war der Puls klein, für den Vorfall bestand keine Erinnerung. Der ganze Kopf war dick aufgedunsen und beinahe schwarzblau. Massenhaft hirsekorngrosse in dem blausüchtigen Gebiet verstreute Punkte waren als Blutaustritte leicht zu erkennen. Die Verfärbung schnitt am Halse ringförmig scharf ab. Unter die Bindehäute beider Augen waren starke Blutaustretungen erfolgt, ebenso in das Trommelfell und aus demselben, auch in der Lippen-, Wangen etc.- Schleimhaut. Die Pupillen waren eng und reagirten wenig ausgiebig. Der Augenhintergrund, der erst am zweiten Tage untersucht werden konnte, war unverändert. Hautblutungen fanden sich noch an den Schultern und Armen und am Brustkorb. Das linke Schlüsselbein war gebrochen, ebenso die siebente und achte Rippe rechts. Völlige Heilung erfolgte ziemlich rasch.

Das Zustandekommen der Druckstauung hat P. in einer früheren Arbeit auseinandergesetzt. Es handelt sich im Wesentlichen um eine mechanische Verdrängung des Blutes aus dem Brustkorb — eventuell dem Bauchraum —, wobei hauptsächlich eine Rückstauung durch die klappenlosen Halsvenen nach Hals und Kopf statt hat. Durch nachträglich vorgenommene Messungen ist festgestellt worden, dass die normale Tiefe des Brustkorbs bei dem Mädchen 8 bis 13 cm

grösser ist, als die Entfernung des Wagens vom Prellblock während der Einklemmung war. Die scharfe Grenze des Stauungsgebietes nach unten hin, die einen Gerichtsarzt vorkommenden Falls hätte stutzig machen können, stellt thatsächlich eine Strangulationswirkung dar: Der für gewöhnlich ganz lockere Jackenkragen des Mädchens wurde durch das Oedem so eng, dass er den Hals gradezu einschnürte.

Ueber traumatische Schädigungen des M. cucullaris und ihre Diagnose.

Von Prof. Dr. Tilmann-Greifswald.
(Mon. f. Unf. 1900, No. 5.)

Der Kappenmuskel setzt sich aus drei Antheilen zusammen, die verschiedene Aufgaben haben. Der obere, respiratorische, der am äusseren Drittel des Schlüsselbeins ansetzt, ist bei der Athmung betheiligt, indem er die Brustmuskeln entlastet. Der mittlere, elevatorische, dessen Bündel zur Schulterhöhe und -gräte ziehen, hebt die Schulter, seine Spannung hält sie in der gewöhnlichen Höhe; der untere, adduktorische, Antheil endlich, der sich an die innere Hälfte der Schultergräte anheftet, senkt den inneren Schulterblattwinkel und nähert den Rand des Schulterblattes der Wirbelsäule. Hierdurch unterstützt er die Hebung des Arms.

Wenn der Kappenmuskel unmittelbar gequetscht wird, so ist anfangs die örtliche Schädigung leicht zu erkennen; sobald aber die Quetschungszeichen verschwunden sind, wird die Diagnose schwierig. Es stellt sich ein Unbehagen in der Schulter, verbunden mit ziehenden Schmerzen vom Ohr zum Oberarm, besonders in der Ansatzgegend des Deltamuskels, ein, wodurch häufig die Aufmerksamkeit ganz auf den Arm abgelenkt wird. Es handelt sich hier entweder um die Erscheinungen einer Zerrung des Armnervengeflechts, bewirkt durch Senkung der Schulter, oder um einen unerklärten Fernschmerz wie der im Knie bei Hüftgelenksentzündung, vielleicht auch um die Folgen der Annäherung von Ursprung und Ansatz des Deltamuskels aneinander (?). Wichtig sind neben den Schmerzen die Zeichen der Schwäche des gequetschten Muskels: Das Heben des Arms über die Waagerechte ist erschwert, alle Arbeiten, bei denen die ganze obere Gliedmasse einschliesslich des Schultergürtels kräftig thätig sein muss, werden unmöglich (Ziehen, Heben schwerer Lasten). Ebenso wie durch solche direkte Schädigungen wirken mittelbare, wie plötzliche Zerrungen am Arm, die sich auf die Schulter übertragen.

Die bisher genannten Klagen sind dieselben, ob der ganze Muskel oder nur ein Theil verletzt ist. Bei Schädigung eines einzelnen der oben gekennzeichneten Antheile entspricht der objektive Ausfall der Leistung durchaus dem, was oben über die Aufgaben der verschiedenen Portionen gesagt wurde.

Diese Muskelverletzungen können Monate und Jahre bis zum Rückgang aller Folgen brauchen. Die Untersuchung ist nicht schwer, da der Muskel oberflächlich liegt und mit dem der Gegenseite leicht verglichen werden kann. Wichtig ist es, die Stellung der Schulter bei Erschlaffung und bei Zusammenziehung des Kappenmuskels zu vergleichen.

Es folgen die Krankengeschichten von fünf Fällen.

1. Ein Fischer hält das Seil eines Netzes in der rechten Hand; plötzlich wird es mit heftigem Ruck angezogen. Sofort macht sich eine Schwäche und Schwere im Arm geltend, angeblich infolge Sehnenzerrung am Oberarm. In 6 Monaten blieben die Beschwerden gleich, schliesslich wurde der Mann als Simulant bezeichnet. Bei der Untersuchung klagte er über Schmerzen am Ansatz des Deltamuskels und rasche Ermüdbarkeit des Arms. Die rechte Schulter war im Gegensatz zur linken etwas nach vorn gesunken, der Nackenwulst hier etwas abgeflacht. Der Arm kann nur mühsam über 140 Grad gehoben werden und sinkt bald zurück. Man kann beobachten, wie vor dem Herabsinken des Arms der innere Schulterblattrand sich vom Brustkorb langsam abhebt. Der untere Rand des Kappenmuskels fühlt sich schlaff an, rechts steht das Schulterblatt $1^1/_2$ cm weiter von der Wirbelsäule ab und der innere Wirbel 1 cm tiefer als links. Die raschere Ermattung und geringere Kraftleistung des Kappenmuskels wird durch entsprechende Versuche bestätigt. Hier, wo es sich um eine mittelbare Zerrung handelt, ist, wie in solchen Fällen meist, der ganze Muskel geschwächt.

Durch Uebungsbehandlung, Massage und Faradische Elektrizität wurde Heilung in $^1/_2$ Jahre erzielt.

2. Vorausgegangen ist ein Fall von der Treppe auf die rechte Schulter. Es haben sich die mehrerwähnten ausstrahlenden Schmerzen vom Ohr zum Arm eingestellt. Das rechte Schulterblatt steht weiter von der Wirbelsäule ab als das linke. Während der obere und mittlere Antheil des Kappenmuskels unversehrt ist, gelingt eine Heranziehung des Schulterblatts an die Mittellinie nur schwach und vorübergehend; beim Versuch, den Arm über die Waagerechte zu erheben, hebt sich der innere Schulterblattrand vom Brustkorb ab, die Bewegung misslingt.

3. (Fall von der Pferdebahn) und 4. (Druck eines schweren Ballens) entsprechen dem zweiten Falle. Dieser heilte in $1^1/_2$, Fall 4 erst in 5 Jahren. Diese Verletzungen stellen also Schädigungen des unteren, adduktorischen Muskelabschnitts dar.

5. Ein Kutscher stürzt mit dem Pferde, kommt unter das Thier zu liegen und erhält wahrscheinlich einen Hufschlag gegen die linke Schulter. Wenn er den Arm hängen lässt, hat er ziehende Schmerzen darin. Die linke Schulter steht 2,5 cm tiefer als die rechte, der obere Schulterblattwinkel 2 cm weiter von der Wirbelsäule ab als rechts. Der obere Theil des Kappenmuskels fühlt sich schlaff, der untere straff an. Die Armbewegungen sind ungestört, die Schulterhebung besorgt ausschliesslich der Heber des inneren Wirbels.

6. Hier war die Verletzung eine mittelbare (Drehung des Körpers beim Heben einer schweren Kiste mit der rechten Hand). Gleichwohl wurde, wie bei 5) nur der obere und mittlere (respiratorische und elevatorische) Antheil des Muskels geschädigt. Der Fall zeichnet sich vor den andern dadurch aus, dass er frisch in Behandlung kam und noch deutlich eine haselnussgrosse Muskelblutung ertastet werden konnte.

Elektrisch waren in all diesen Fällen bestimmte Veränderungen an den Muskeln nicht nachweisbar. Manchmal war die galvanische Erregbarkeit erhöht.

Ein Fall von ungewöhnlicher Dislokation bei Fractura cruris.

Von Dr. Reichenbach-Heidelberg.
(D. med. W. 1900 No. 16.)

Ein sehr hübscher Beleg für die Nothwendigkeit bei Röntgen-Aufnahmen, die Bilder in jedem einzelnen Fall von verschiedenen Punkten aus zu projiziren.

Bei einem queren Unterschenkelbruch sah man, wenn von vorn innen nach hinten aussen durchstrahlt wurde, die unteren Bruchstücke beider Knochen zwischen die oberen eingeschoben. Von vorn aussen nach hinten innen durchleuchtet war das Bild ganz anders, die Bruchstücke standen in folgender Reihenfolge: oberer Theil des Schienbeins, unterer Theil des Schienbeins, oberer Theil des Wadenbeins, unterer Theil des Wadenbeins. In einer Mittelstellung endlich deckten sich die beiden Bruchstücke des Wadenbeins derartig, dass bei oberflächlicher Betrachtung ein unversehrter Knochen vorgespiegelt wurde.

Eine sehr anschauliche Skizze, die wir hier nicht wiedergeben können, die man sich aber leicht selbst konstruiren

kann, giebt die Lösung des Räthsels: Das Schienbein war in frontaler, das Wadenbein in sagittaler Ebene gebrochen, bei jenem hatte sich das untere Bruchstück nach innen, bei diesem nach hinten verschoben, eine allerdings ungewöhnliche Bruchform.

Innere Medizin.

Zur Frage der Erkältung als Krankheitsursache.

Von Dr. Alexander Partos, Kurarzt in Herkulesbad.
(Wiener medizin. Blätter, No. 12—18, 1900.)

Der Begriff der Erkältung wird zwar immer mehr und mehr eingeschränkt, spielt aber doch mit Recht für eine Reihe von Krankheitszuständen noch eine beachtenswerthe Rolle. In erster Linie ist es der refrigeratorische Einfluss, die plötzlich und lange genug einwirkende Noxe einer niedrigeren Temperatur als die der Blutwärme auf den unvorbereiteten Organismus, welcher die Erkältungskrankheiten zu Stande kommen lässt. Dieser Einfluss macht sich folgendermassen geltend: 1. Er wirkt als niedere Temperatur entweder auf eine umschriebene Stelle oder auf die ganze Körperoberfläche durch Entziehung von Wärme herabsetzend auf die Körpertemperatur; dadurch schon müssen Veränderungen im Stoffumsatz zu Stande kommen. 2. Entfaltet er eine direkte Wirkung auf die Nerven, indem er in und um dieselben anatomische (entzündliche?) Veränderungen etablirt oder 3. reflektorisch Veränderungen hervorruft, die in Circulations-, Sekretions- und Nutritionsstörungen bestehen. 4. Wirkt er auf die affizirten Blutgefässe direkt oder indirekt ein und verursacht Cirkulationsstörungen in den betreffenden Cirkulationsgebieten und Veränderungen der betreffenden Blutgefässe. Alle diese vier Faktoren zusammengenommen, können so auf den Organismus einwirken, dass sie zum mindesten als die Gelegenheitsursache für die sich entwickelnde Krankheit bezeichnet werden dürfen. Als Erkältungskrankheiten gelten ziemlich allgemein Affektionen der Luftwege, neuralgische und rheumatische Erkrankungen, auch häufig Nephritis. —y.

Ein Fall von Blutschwitzen.

Von Dr. Ilg-Biberach.
(Württemb. medizin. Correspondenzbl. No. 12, 1900.)

In dem vom Verf. mitgetheilten interessanten Falle von Blutschwitzen handelt es sich um einen an Struma parenchymatosa leidenden Kaufmannslehrling, aus dessen Antecedentien hervorzuheben ist, dass er häufiger an Ohnmachten litt und psychische oder intellektuelle Störungen aufwies, die als Anzeichen theils von Melancholie, theils von Moral insanity gelten konnten. Die Erscheinung des Blutschwitzens zeigte sich an der rechten Hand, die auf der Rückseite vollständig mit Blutstropfen besät war, ohne dass dieselben konfluirten. Das Phaenomen erklärt Verf. folgendermassen: Die zarten Hautgebilde sind von kleinen und kleinsten Blutgefässen umsponnen, die alle einer Beeinflussung, resp. Regulirung fähig sind, indem überall bis in die oberen Epidermisschichten hinauf Nervenfäserchen, bezw. Ganglien vertheilt sind. Durch eine Erkrankung des Vasomotorencentrums können nun sehr leicht Reize vasomotorischer Art ausgelöst werden, in Folge deren Blut aus den Capillaren in die Schweiss- und Talgdrüsenkanäle hineindringt und durch die vis a tergo zur Oberfläche der Haut tritt.

Wenn dabei nur einige Tropfen zum Vorschein kommen, so hat dies seinen Grund wohl darin, dass die zarten Capillarnerven nur geringe Reize aushalten und dann erschlaffen, so dass es nicht zur Konfluirung von Blutstropfen kommen kann. Es handelt sich also um eigenthümliche Störungen in der Blutzirkulation, welche sich in der Hauptsache auf eine auffallend starke Blutdruckschwankung beziehen, indem bald Anaemie des Gehirns (Ohnmacht), bald Ueberfüllung der Haut eintritt, und die auf eine Störung im Vasomotorencentrum zurückzuführen sind. Die gerichtsärztliche Frage, ob der Nachweis der pathologischen Blutvertheilung in Gehirn und Haut und deren Erklärung durch die Erkrankung des Vasomotorencentrums genügen würde, um den Patienten vor gerichtlicher Ahndung zu schützen, wozu sein Verhalten leicht Veranlassung geben könnte, will Verf. unentschieden lassen. —y.

Ueber Urinbefunde nach Nierenpalpation.

Von Dr. C. Menge-Leipzig, Privatdozent.
(M. M. W. 1900 No. 23.)

Durch eine zufällige Beobachtung aufmerksam gemacht, untersuchte Verf. den Urin von 21 Personen mit Tiefstand einer oder beider Nieren nach Ausführung der bimanuellen Betastung des Organs. 15 mal enthielt unmittelbar nach der Betastung der Harn Blut und eine Eiweissmenge, die etwas höher schien, als der Blutabsonderung entsprochen haben würde. Es steht also fest, dass unter Umständen, die nicht selten zutreffen, Betastung der Niere eine merkliche Gewebsschädigung bewirken kann. Nach den Erfahrungen, die Verf. gemacht hat, scheint ihm der Grad der Schädigung von fünf Bedingungen abhängig zu sein: Von der Stärke des Betastungsdrucks — der selbstverständlich nie in roher Weise gesteigert wurde; vom Ernährungszustand, dessen Besserung in einem Falle die Entstehung der Albuminurie verhinderte; von der Spannung der Bauchdecken, vom Grade des Tiefstands — je grössere Parthieen abgetastet werden können, um so grösser ist die Blutung —, und endlich von einer von Mensch zu Mensch verschiedenen Empfindlichkeit der Niere.

Die Beobachtungen M.'s erlauben gewisse Vermuthungen hinsichtlich der Bedeutung der Nephroptosis und ihrer Behandlung: Der Druck der Kleidungsstücke, besonders des Korsets bewirkt vielleicht bei den mit Nierentiefstand Behafteten (besonders jungen Mädchen und kinderreichen Frauen) durch Schädigung der Nieren und davon abhängige Blut- und Eiweissverluste nicht selten Blutarmuth. Vor Massage der Nierengegend und vor dem Tragen einer Bandage mit Nierenpelotte ist zu warnen, das zweckmässigste Mittel gegen die Folgezustände der Nephroptose ist die Mästung der Kranken, das Fettlager schützt die Nieren am sichersten.

Neurologie.

Ueber den Scapulo-Humeralreflex.

Von Prof. Dr. W. v. Bechterew-St. Petersburg.
(Neurol. Cent. 1900 No. 5.)

Bei der Wichtigkeit der Reflexe für die Beurtheilung von Nervenkrankheiten ist es bedauerlich, dass regelmässig vorhandene Reflexe für den oberen Theil des Rückenmarks bisher nicht bekannt waren. Verf. hat nun einen solchen gefunden, der beim Gesunden nur sehr selten fehlt und sich folgendermassen äussert:

Wenn man mit dem Percussionshammer den inneren Rand des Schulterblattes beklopft, besonders in der Nähe des unteren Winkels, so wird der Oberarm reflektorisch dem Rumpf genähert. Bisweilen wird er gleichzeitig auswärts gedreht, nicht selten verursacht Mitbetheiligung des Deltamuskels und der Vorderarmbeuger eine Hebung des Armes und geringe Beugung im Ellbogengelenk.

Der „Scapulo-Humeralreflex" fehlt immer bei Entzündung der Vorderhörner im Rückenmark, spinalem Muskelschwunde, bei Nervenentzündungen im Bereich der Schultergegend.

Mindestens abgeschwächt ist er bei der sogenannten Muskeldystrophie, meist herabgesetzt bei der chronischen Steifigkeit der Wirbelsäule (Spondylosis rhizomelica), gesteigert dagegen bei denjenigen Lähmungen, die vom Gehirn ausgehen.

Ueber den Scapulo-Humeralreflex.

Von Dr. med. Hans Haenel.
(Neurol. Centr. 1900, No. 9.)

Die unter obigem Namen veröffentlichte neueste Entdeckung Bechterews hat Haenel einer Nachprüfung unterzogen und ist dabei zu recht abweichenden Ergebnissen gelangt.

Am unteren Schulterblattwinkel liegt keine Sehne und kein Knochen frei unter der Haut. Wenn man hier klopft, macht allerdings der Oberarm die beschriebene Bewegung, aber nicht durch einen Reflex, sondern durch unmittelbare Erregung des hier gelegenen breiten Rückenmuskels. Durch genaue Beobachtung ist das mit Sicherheit feststellbar.

Vom Innenrande des Schulterblatts aus ist — abgesehen von den eben erwähnten Zuckungen — meist kein Reflex auslösbar. Dagegen gelingt es ziemlich häufig, an der von Muskeln unbedeckten Stelle, wo sich die Schultergräte vom inneren Rande abzweigt, einen Reflex, der auch auf den zweiköpfigen und Delta-Muskel übergreifen kann, zu erzielen. Dieser ist nach Untersuchungen an 120 Kranken viel seltener als die Sehnenreflexe des zwei- und dreiköpfigen Oberarmmuskels und als der Knochenhautreflex der Speiche. Er ist manchmal auf einer Seite stärker ausgeprägt als auf der andern.

Eine Bedeutung bei der Beurtheilung von Krankheitszuständen kommt dem Bechterewschen Reflex also keineswegs zu.

Erfahrungen in der Behandlung konträrer Sexualempfindung.

Von Dr. Alfred Fuchs-Wien.
(Wiener klinische Rundschau No. 18, 1900.)

Die Richtigstellung der Thatsache, dass konträrsexuale Menschen vom ärztlichen und nicht vom juridischen Standpunkte aus zu beurtheilen sind, ist für viele Tausende von unglücklichen Menschen von vitalster Bedeutung. Nachdrücklicher kann man dies der Legislative gegenüber nicht verfechten, als indem man Menschen, die man für krank erklärt, behandelt und — heilt. Das ist Verf. denn auch bei einer Anzahl von Konträrsexualen gelungen. Im Ganzen kamen 42 Fälle zur Behandlung, von denen 14 vollkommen geheilt wurden, d. h. sie wurden zu regelmässigem heterosexuellem Verkehr gebracht, und die Länge der Beobachtungsdauer bietet eine Gewähr dafür, dass sie nicht rückfällig werden. Zu sexueller Neutralität gelangten 8. Das angewandte Heilverfahren war ein hypnotisch-suggestives, natürlich unter Zuhülfenahme aller therapeutischen Mittel, die zur Heilung beitragen konnten. Bevor man zur eigentlichen psychischen Behandlung eines Konträrsexualen schreitet, muss man meist gegen die vorhandene Neurasthenie ankämpfen; auch liegt sehr oft bei diesen Kranken psychische und somatische Masturbation in excessiver Weise vor, ebenso wie sie häufig unter dem unglückseligen Einfluss des Alkohols stehen. Diese Umstände verdienen zunächst sorgfältigste Berücksichtigung. Die Psychotherapie der konträren Sexualempfindung selbst setzt sich zusammen aus einem gewissen pädagogischen Vorgehen und aus der eigentlichen Psychotherapie, welche am zweckentsprechendsten in die äussere Form der hypnotischen Suggestion gekleidet wird, und zwar auch in jenen Fällen, in welchen man sich mangels jeder Empfänglichkeit für Hypnose auf Wachsuggestionen beschränken muss. Eine tiefe Hypnose ist gewöhnlich bei Konträrsexualen überhaupt nicht zu erreichen; glücklicherweise erweist sich aber auch ein mitteltiefes Engourdissement schon als therapeutisch wirksam. —y.

Vergiftungen.

Psychose nach Bleiintoxikation.

Von Dr. Seydel-Königsberg.
(Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1900 Heft 2.)

Ein Gelbgiesser, welcher Syphilis gehabt und ziemlich viel getrunken hat, erkrankt nach einem fallsuchtartigen Anfall seelisch. Er begeht thörichte Handlungen (wirft brennende Streichhölzer ins Bett), und es entwickelt sich bald ein blühender ungeheuerlicher Grössenwahn, die Sehnenreflexe waren gesteigert, die Pupillen reagirten träge. Gesichtshälften-Unterschiede und Sprachstörungen bestanden. Die Diagnose Lähmungsirrsein war demnach selbstverständlich, die Entmündigung begründet.

In wenigen Monaten aber änderte sich das Bild. Der Kranke übernahm sein Gewerbe wieder und „besorgte seine Angelegenheiten“ in einwandsfreier Weise. Die Untersuchung ergab nur noch einen geringen Rest seelischer Störung bei fortbestehenden Zeichen lähmungsartiger Schwäche. Die Entmündigung konnte daher aufgehoben werden, und Verf. war sogar in der Lage, ein halbes Jahr später noch eine weitere Besserung festzustellen.

Soweit hätte der Fall nicht viel Besonderes. Es wäre eine progressive Paralyse der Irren mit bedeutendem Nachlassstadium. Nun ist aber der betr. Kranke als Gelbgiesser vielfach Bleidämpfen ausgesetzt gewesen und hat vor seiner Erkrankung längere Zeit in der Werkstatt, wo er am Tage mit dem Blei arbeitete, auch die Nächte zugebracht. Er ist also einer chronischen Bleivergiftung ausgesetzt gewesen und hat überdies thatsächlich beim Eintritt in die erste Krankenanstalt einen Bleisaum am Zahnfleisch gehabt. Auf diese Thatsachen legt S. grossen Werth. Er ist der Ueberzeugung, dass das Blei mindestens bei der Entstehung der Bleivergiftung mitgewirkt hat. Nach der mitgetheilten Kasuistik verläuft die Mehrzahl der Bleiparalysen — die nur einen Theil der chronischen Bleipsychosen ausmachen — ungünstig, wahrscheinlich wegen der gewöhnlich vorhandenen Ernährungszustände, gelegentlich aber kommen Besserungen und Genesungen vor. Es wäre interessant, nach Jahren zu hören, was aus dem hier beschriebenen Kranken geworden sein wird.

Ueber die Gesundheitsschädlichkeit bleihaltiger Gebrauchsgegenstände, insbesondere der Trillerpfeifen.

Von Adolf Beythien.
Mittheilung aus dem chemischen Untersuchungsamte der Stadt Dresden.
(Zeitschrift f. Untersuch. d. Nahr.- u. Genussmittel, April 1900.)

Durch das Gesetz betr. den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen vom 25. Juni 1887 wurde zunächst nur für gewisse Gruppen von aus Metall hergestellten Gebrauchsgegenständen, nämlich für Ess-, Trink- und Kochgeschirr, sowie Flüssigkeitsmaasse die Verwendung einer mehr als 10 Proz. Blei enthaltenden Legirung verboten. Auf die grosse Gruppe der aus Bleilegirungen bestehenden Kinderspielsachen bezog sich das Gesetz nicht. Bei der feststehenden Giftigkeit der Bleisalze für den menschlichen Organismus suchte man diese Lücke durch Heranziehung des § 12 No. 2 des Nahrungsmittelgesetzes auszufüllen, nach welchem die Herstellung und das Feilhalten von Spielwaaren etc., deren bestimmungsgemässer oder vorauszusehender Gebrauch die menschliche Gesundheit zu beschädigen geeignet ist, strafbar erscheint. Unter dieses Verbot fielen auch die Trillerpfeifen, die von den

Kindern ihrer Bestimmung gemäss in den Mund geführt werden. Dabei war stillschweigende Voraussetzung, dass in der That die Gesundheit durch die bleiauflösende Wirkung des Speichels gefährdet werden kann. Verf. hat diese Frage in einer experimentellen genauen Untersuchung geprüft und kommt dabei zu folgendem Ergebniss: Die bleihaltigen Trillerpfeifen geben zwar bei zweistündigem ununterbrochenen Aufenthalt im Munde, selbst bei Anwesenheit stark saurer Speisen und Getränke, kein Blei in löslicher Form ab, aber durch das Herumkauen mit den Zähnen auf dem Bleigegenstande werden Metalltheilchen in feinvertheiltem Zustande losgetrennt, deren Menge in zwei Stunden etwa 2—3 mg beträgt. Bei Behandlung von feinvertheiltem Blei bei Bluttemperatur mit saurem Magensaft, dessen Säuregehalt den in der Natur beobachteten Verhältnissen einigermassen entspricht, geht schon nach vierstündiger Einwirkung Blei in lösliche Form über. Die Frage, ob die Menge des in Lösung übergehenden Bleies zu Vergiftungen Veranlassung geben kann, will Verf. als Chemiker dem Arzte zur Beantwortung überlassen. —y.

Die Intoxikation bei Gebrauch der Jodoform-Glycerin-Emulsion.

Aus der chirurg. Abtheilung des St. Lazarus-Spitales zu Krakau.

Von Dr. Arthur Frommer und Dr. Kasimir Paneck.

(Wiener med. Wochenschr. No. 17, 1900.)

Verff. befürworten auf Grund ihrer klinischen und experimentellen Untersuchung die Verwendung von nicht sterilisirten Jodoform-Emulsionen. Infektionen sind dabei nicht zu befürchten, hingegen werden Intoxikationen, wie sie beim Gebrauch sterilisirter Emulsionen gar nicht so selten sind, dadurch vermieden. Während der Sterilisation gehen nämlich in den Bestandtheilen der Emulsion chemische Veränderungen vor sich, die für die Intoxikationserscheinungen verantwortlich gemacht werden müssen. In Folge der gegenseitigen Einwirkung des Jodoforms und des Glycerins kommt es zum Ausscheiden verschiedener, leicht resorbirbarer Körper, welche für den Organismus nicht gleichgiltig sind. In anderen Fällen dürfte freilich das Glycerin bezw. dessen Derivate die Hauptursache für die Intoxikationserscheinungen abgeben. Alsdann pflegen dieselben gleich nach der Infektion in die Erscheinung zu treten; in den leichteren Formen handelt es sich um Temperatursteigerungen, in den schwereren um Zerfall der rothen Blutkörperchen und Albuminurie. Dass auch Fälle vorkommen, in welchen beide Ursachen mitwirken, ist zweifellos; dann hat auch das Intoxikationsbild einen gemischten Charakter. Am zweckmässigsten verwendet man jedenfalls nach den Erfahrungen, welche Verff. gemacht haben, eine nicht sterilisirte, in denselben Flaschen höchstens 1—2 Wochen aufbewahrte Jodoform-Emulsion. —y.

Hygiene.

Zur Ausführung der Trichinenschau.

Von Schlachthof-Direktor F. Meyer-Frankfurt a. O.

(Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, Heft 5, 1900.)

Die obligatorische Untersuchung des Schweinefleisches auf Trichinen ist in sämmtlichen Provinzen Preussens bekanntlich durch besondere Polizeiverordnungen geregelt. Dabei sind zwar über die Art und Weise der Untersuchungen und über das Kennzeichnen der untersuchten Objekte genügend präcisirte Vorschriften gegeben, jedoch über die Zahl der von einem Trichinenschauer an einem Tage ausführbaren Untersuchungen werden im Allgemeinen nur wenige in der Praxis verwendbare Angaben gemacht. Verf. untersucht diese Frage, für deren Beantwortung eine grosse Reihe auch äusserer Momente in Betracht kommt, und berechnet, dass die einfache (einmalige) mikroskopische Untersuchung eines Schweines auf Trichinen bei 30 Präparaten auf einem Kompressorium für einen gewandten Trichinenschauer einen Zeitaufwand von 20—23 Minuten, für weniger Geübte einen solchen von mindestens 25 Minuten erfordert. Bei doppelter Untersuchung wird die Einzel- bezw. Nachuntersuchung einige Minuten weniger betragen können, ebenso wenn statt 30 nur 24 Präparate der Anfertigung und Untersuchung unterliegen. Mittels der Normaluntersuchungszeit von 25 Minuten für ein Schwein lässt sich für jeden Trichinenschauer, sei er auf dem Lande oder an einem Schlachthof thätig, die Zahl der an einem Tage zu untersuchenden Schweine unter Berücksichtigung der übrigen örtlichen Verhältnisse genauer berechnen. Verf. stellt als Tageszahl der mikroskopischen Untersuchungen für einen selbständigen bezw. Land-Trichinenschauer 8—9 bezw. 10—12 Schweine, für einen Schlachthof-Trichinenschauer 16 Schweine hin. Was die Personalfrage betrifft, so spricht sich Verf. mit Rücksicht auf die grosse Verantwortlichkeit, welche die untersuchende Person auf sich nimmt, dafür aus, dass das Amt der Trichinenschau besser einem Manne als einer Frau übertragen wird. —y.

Russbildner in unseren Wohnräumen.

Von Prof. Dr. Max Rubner-Berlin.

(Hygien. Rundschau No. 6, 1900.)

Der Stadt- und Industrieruss bildet eine offenkundige Quelle der Luftverunreinigung; wir haben aber auch in den Wohnräumen selbst Russbildner, denen bisher keine genügende Beachtung geschenkt wurde. Es ist Verf. durch ein besonderes Verfahren ein Leichtes gewesen, nachzuweisen, dass selbst so vollkommene Beleuchtungseinrichtungen, wie das Auerlicht, kleine Mengen von Russ abgeben. Sehr reichliche Russbildung findet beim Brennen von Stearinkerzen statt; die Menge des erzeugten Russes hängt vielfach von der Dochtart ab. In dem Russnachweis besitzen wir ein einfaches Mittel, um der unvollkommenen Verbrennung leichter nachzugehen, als dies bisher möglich war. Vom hygienischen Standpunkte aus verdient diejenige Beleuchtungseinrichtung den Vorzug, die ohne Russentwickelung das nöthige Licht giebt. Die Art der Brenner, die Dauer des Betriebes, das Leuchtmaterial und Anderes dürfte hierfür massgebend sein. Aber auch die Beschaffenheit der chemischen Zusammensetzung der Luft in den Stuben lässt ihren Einfluss nicht verkennen. Bemerkenswerth ist z. B. die gesteigerte Russbildung, wenn in einem Zimmer offene Flammen brennen, in welchem vorher mit terpentinhaltiger Bohnermasse das Parket gebohnt wurde. Verf. glaubt, dass durch sein neues Verfahren des Russnachweises für manche Fragen der Ventilation, der Beheizung etc. eine bessere Unterlage geschafft wurde, die zu erneuten, eingehenden Untersuchungen Veranlassung geben dürfte. —y.

Die Beurtheilung des Zusatzes schwefligsaurer Salze zum Fleische vom sanitätspolizeilichen Standpunkte.

Von Reg. u. Medizinalrath Dr. Bornträger.

(Sonderabdr. aus d. hygien. u. gesundheitstechn. Zeitschrift „Gesundheit“.)

Die schwefligsauren Salze und insbesondere das schwefligsaure Natrium, welches das wirksame Prinzip vieler sogenannter Konservirungsmittel bildet, hemmen nicht nur die Bakterienentwickelung und verlangsamen auf diese Weise die Zersetzung des Fleisches, sondern sie haben auch noch die Fähigkeit, dem Fleische die frische rothe Farbe zu erhalten, bezw. zu verleihen, leisten also dasselbe wie ein Fleischfärbe-

mittel, indem sie auf den Blutfarbstoff einwirken, das Oxyhaemoglobin konserviren und vor Reduktion schützen. Sie sind sogar im Stande, bereits grau gewordenem, in saurer Gährung befindlichem Fleische in gewissen Grenzen den Geruch zu nehmen und vor allen Dingen die rothe Farbe wiederzugeben. Diese Eigenschaften haben zu einer weitgehenden Verwendung der schwefligsauren Salze geführt, so dass die Frage, ob dieselben der Gesundheit nicht schädlich sind, von grosser praktischer Bedeutung ist. Verf. unterzieht diese Frage einer eingehenden Erörterung und stellt dabei folgende Sätze auf: 1. Die schweflige Säure ist für Menschen und Thiere ein Gift, auch wenn sie in Lösung in den Magen eingebracht wird; sie bildet sich, wenn schwefligsaure Salze mit der Nahrung genossen werden, im Magen. 2. Der fortgesetzte Genuss kleiner Mengen schwefligsaurer Salze, auch in den Gaben, in denen sie dem Hackfleisch beigefügt werden, bewirkt bei Thieren schwere Organschädigungen, auch ohne dass äusserlich denselben etwas anzumerken ist. 3. Manche Menschen, vermuthlich nicht wenige, insbesondere manche Kategorien und zwar zum Theil gerade solche, für die das Hackfleisch bestimmt ist, erleiden schon beim Genuss minimaler Mengen schwefliger Säuren (0,01) oder schwefligsaurer Salze (0,04) deutliche Störungen des Wohlbefindens. Es ist anzunehmen, dass diese Störungen sich bei genügender Beachtung häufiger, als zur Zeit im allgemeinen angenommen wird, werden nachweisen lassen, weiter aber auch, dass leichte Organbeschädigungen öfters auch dort vorkommen, wo Trübungen des Gesundheitsbewusstseins nicht wahrgenommen werden. Hieraus ergiebt sich, dass die Hygiene die Fernhaltung aller Zusätze von schwefliger Säure oder schwefligsauren Salzen zu Nahrungsmitteln, insbesondere auch zu Hack-, Schab- und Wurstfleisch, fordern muss. Zum Schlusse seiner Arbeit erörtert Verf. die Gesetzesbestimmungen, mit Hülfe deren dieses Postulat durchgesetzt werden kann.

—y.

Der gegenwärtige Stand des Findelwesens in Ungarn.

Von Dr. M. Szalárdi.

Auf dem im Jahre 1899 in Budapest abgehaltenen internationalen Kongress für Kinderschutz vorgetragen.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 32, Heft 2).

Der im Jahre 1885 gegründete Landes-Findelhaus-Verein vom Weissen Kreuz in Budapest hat es sich zur Aufgabe gestellt, für die unehelichen und verlassenen Kinder zu sorgen, indem er den Müttern bald nach ihrer Niederkunft sammt ihren Kindern Zuflucht und auch später materielle Hülfe gewährt. Diesem Verein wurde im Jahre 1895 die Befugniss ertheilt, Kinder auf Kosten der zuständigen Gemeinden aufnehmen zu dürfen.

Für die Regelung der Findlingsversorgung ist in Ungarn ausschliesslich der Gesichtspunkt massgebend, ob das Kind auf die öffentliche Pflege angewiesen ist oder nicht, im Uebrigen kommt weder Alter, noch Religion, noch Nationalität in Betracht, ja nicht einmal der Umstand, ob das Kind ehelich oder unehelich ist. Im Gegensatz zu den meisten Findelhäusern wird in Ungarn, wenn irgend möglich, das Kind mit der Mutter zusammen aufgenommen und beide in der Anstalt so lange verpflegt, bis das Kind ein Gewicht von $3^1/_2$ bis 4 kg erreicht hat, erst dann wird das Kind in Ammenpflege auf das Land gegeben. In neuerer Zeit ist es ausserdem gelungen, nicht nur die Mütter syphilitischer Kinder, sondern alle Mütter von schwach entwickelten und kranken Kindern zu bewegen, die ganze Zeit der Säuglingsperiode in einer der eigens hierzu eingerichteten Kolonien mit dem Kinde zuzubringen, während welcher Zeit für sämmtliche Bedürfnisse des Kindes, wie der Mutter gesorgt wird. Die Mutter bleibt in diesen Fällen die Amme ihres Kindes. Diesem Vorgehen entsprechend sind die Gesundheitsverhältnisse der Kinder besonders günstige, wie andrerseits auch das Zusammenleben mit ihrem Kinde auf die Mutter moralisch günstig einwirkt.

Ein andrer hygienischer Vorzug des ungarischen Systems liegt darin, dass der Gesundheitszustand der sämmtlichen in 85 Gemeinden (Kolonien) untergebrachten 1500 Pfleglinge durch eigene, von der Anstalt honorirte Aerzte überwacht wird, die jeden Pflegling mindestens viermal im Jahre unvermuthet untersuchen. Die Mortalität der Pfleglinge war stets geringer, als die Sterblichkeit der Kinder in Budapest und Umgegend überhaupt. Endlich wurden mit Autorisation der Regierung in verschiedenen Centren des Landes Filialen errichtet, die in gleicher Weise den Zweigvereinen des Weissen Kreuzes unterstellt wurden.

Roth (Potsdam).

Bäder und Badewesen im Mittelalter.

Von J. Marcuse.

(Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspflege Bd. 32, H. 2.)

Als Folge zu „Bäder- und Badewesen im Alterthum". Dieselbe Zeitschrift Bd. 31.

Verf. giebt in der vorliegenden Arbeit ein anschauliches Bild des Badewesens im Mittelalter, speziell in Deutschland, dessen Ursprung hier, wie in den übrigen Ländern Europas auf das römische Badewesen zurückführt.

Nach einem vorübergehenden Rückgang wurde in Deutschland mit dem Aufblühen des bürgerlichen Lebens der Gebrauch der Bäder ein allgemeiner und zur Lebenssitte. Anfangs auf die Fest- und die Feiertage beschränkt, wurde die Badesitte allmählich weiter ausgedehnt und mindestens einmal in der Woche, gewöhnlich am Sonnabend gebadet. Zahlreiche öffentliche Badestuben erstanden in Stadt und Land gegenüber den ursprünglichen primitiven Formen des Hausbadestübleins und der gewöhnlichen Badekufe.

Ausser in der Errichtung zahlreicher öffentlicher Badeanstalten und Hausbadestuben findet die Verbreitung des Badewesens ihren Ausdruck in der Einbeziehung der Badestuben in die landesherrlichen Regale, in der Verabreichung von Badegeld als einer Art von Trinkgeld, in der Sitte, Badegewänder als Geschenke zu vertheilen, sowie in dem sorgfältigen Anmerken der günstigen Badezeiten in den in allen Händen befindlichen Kalendern. Im 16. Jahrhundert finden wir sowohl in jedem einigermassen behaglich eingerichteten städtischen Bürgerhause wie auf jedem grösseren Bauernhofe eigene Badestüblein, die gewissermassen den Salon des Hauses bildeten, wo man mit guten Freunden badete und trank, ohne auf den Unterschied des Geschlechts besondere Rücksicht zu nehmen. Die gewöhnliche Form des Bades war die des Schwimmbades, der Piscina, und des Vollbades in Wannen aus Holz oder gemauerten Becken. Diese Voll- oder Wannenbäder, wie sie auch von den Aerzten zu Heilzwecken verordnet wurden, waren entweder einfache oder medikamentöse, mit Zusätzen von Kräutern bereitete. Für die Armen und Siechen wurden besondere Armenbäder gestiftet.

Mit dem Auftreten der Lepra wurde das einfache Wasserbad mehr und mehr zu Gunsten des Schwitz- oder Dampfbades zurückgedrängt, das dadurch gerade zum typischen Bade des Mittelalters wurde. Der Dampf in den Schwitzbädern wurde in der Regel dadurch erzeugt, dass man auf den Oefen Steine erhitzte und sie mit Wasser übergoss.

Beim Eintritt in die Schwitzstube bot der Badewirth dem Gaste mehrere meist aus Birken- oder Eichenlaubreisern gebundene Büschel dar, Wadel oder Quästen genannt; eine

solche Badequaste galt auch als Aushängeschild der Badestuben. Sie diente den Badenden dazu, sich zur Erhöhung der Hautthätigkeit mit ihnen zu peitschen oder auch mit ihnen als einer Art Blätterpinsel zu besprengen, daher auf bildlichen Darstellungen des Sündenfalls aus dieser Zeit statt des Feigenblatts die Badequaste.

Allmählich artete der Gebrauch der Schwitzbäder wie der damit verbundene, von Italien nach Deutschland gekommene Unfug des Schröpfens immer mehr aus. Dazu kam der immer mehr zunehmende, durch die Mischung der Geschlechter bedingte sittenverderbende Einfluss des Badens. Vor Allem aber war es ein äusserliches Ereigniss, das dem plan- oder ziellosen Badeunfug ein Ende machte, das war das Hereinbrechen der Volksseuchen im 15. und 16. Jahrhundert. An die Stelle der Lepra, die den Schwitzbädern als vermeintlicher Panazee eine universelle Verbreitung verschafft hatte, war die Syphilis getreten, und mit ihr die Furcht, in den Badestuben sich zu infiziren. An manchen Orten wurde den Badern untersagt, derartigen Kranken den Eintritt in ihre Badestuben zu gestatten, und als im Laufe desselben Jahrhunderts die Pest erschien, da wurden die öffentlichen Badestuben von der Obrigkeit völlig geschlossen. Als man sie dann nach dem Erlöschen der Pest wieder eröffnete, war der Reiz geschwunden und das Publikum wagte sich nicht mehr hinein.

An die Stelle des Gebrauchs der öffentlichen Badestuben trat jetzt eine von Jahr zu Jahr steigende Frequenz des Besuchs naturwarmer Quellen, im Gegensatz zu den kunstwarmen Bädern Wildbäder genannt. Wie schon zur römischen Kaiserzeit diese Mineralbäder als Stätten rauschender Vergnügungen und lebensfroher Lustbarkeiten besonderer Beliebtheit sich erfreut hatten, so trug auch jetzt die weltliche Lust, die die Kurorte zu den lockersten Vergnügungsorten umgestaltete, wesentlich dazu bei, im mittelalterlichen Badewesen die Aera der Badefahrten anzubahnen und geradezu einen Taumel nach Badereisen entstehen zu lassen.

Alles in Allem hat das Badewesen im Mittelalter niemals das klassische Alterthum mit seiner hervorragenden Kultur der Pflege des Körpers erreicht. Gleichwohl behauptet auch das Mittelalter in der Geschichte des Badewesens seinen Platz, denn zum zweiten Mal in der Entwicklung der Menschheit sehen wir, wenn auch dem Geist und Geschmack der Zeit nur allzusehr unterworfen, eine Epoche auftreten, in der das Baden zu den unentbehrlichen Bedürfnissen des alltäglichen Lebens gehört, in der es zum Gemeingut aller Klassen der Gesellschaft wird. „In diesem Punkte tritt es für den Hygieniker und Kulturhistoriker, befreit von seinen sonstigen mannigfachen Schlacken, als kulturelle Errungenschaft hervor und lehrt uns, dass selbst in einem Zeitalter, in dem Mysticismus und Askese das Heil des Körpers einem falsch verstandenen Heile der Seele opferten, der Sinn für die praktische Gesundheitspflege doch nicht ertödtet war."

Ein kurzer kulturgeschichtlicher Rückblick auf die Entstehung des Gewerbes der Bader und Scheerer, deren eigentliche Geburtsstätte die Klöster waren, schliesst die anregende Arbeit. Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Mai 1900.
(B. Kl. W. No. 24, 1900.)

Herr **B. Fränkel**: Migraenin-Exanthem. Vortr. stellt einen Mann vor, der nach jedesmaligem Gebrauch von Migraenin = Citronensäure + Coffein + Antipyrin binnen einer kurzen Zeit — angeblich einer Viertelstunde — einen Ausschlag an Haut und Schleimhäuten bekommt, der bald nesselsucht- bald schälblasenartig ist. Besonders die Lippen und die Mundschleimhaut werden betroffen. Stellenweise bilden sich diptherieartige Auflagerungen. Die Krankheit läuft in acht Tagen ab.

Berliner Verein für innere Medizin.

Sitzung vom 30. April 1900.
(Centr. Bl. f. innere Med. 1900, No. 22.)

Herr **v. Leyden** demonstrirt eine traumatisch entstandene Erweiterung der grossen Bauchschlagader. Der Kranke verunglückte 1898 durch einen Fall auf den Leib. Seitdem hat er Schmerzen deren Zunahme ihn schliesslich dienstunfähig machte. Gegenwärtig, nachdem durch Gelatine-Einspritzungen bereits eine kleine Besserung erzielt ist, fühlt man noch deutlich das Pulsiren des Gefässes im oberen Theil des Leibes und die Röntgen-Aufnahme ergiebt deutlich das Vorhandensein der Aneurysmas. Beim Behorchen nimmt man bei der Zusammenziehung und bei der Erschlaffung des Herzens je ein Geräusch über dem erweiterten Gefäss wahr. Das diastolische Geräusch ist bei Aneurysmen selten und beruht auch dann noch meist auf gleichzeitiger Schlussunfähigkeit der halbmondförmigen Herzklappen, welche im vorliegenden Falle nicht vorhanden ist. v. L. glaubt zur Erklärung dieses Geräusches annehmen zu müssen, dass oberhalb des Blutsackes, von diesem durch eine enge Stelle getrennt noch eine Erweiterung der grossen Schlagader besteht.

Herr **Litten** bemerkt dazu, dass doch auch innerhalb des Blutsacks selbst eine enge Stelle existiren könnte, die an dem Geräusch schuld sei.

Sitzung vom 21. Mai 1900.

Herr **Kaminer** hat auf Anregung einer Fabrik, in welcher Arbeiter nach Beschäftigung mit Phenylhydrazin Gesundheitsstörungen gezeigt hatten, Thierversuche über die Giftwirkung dieses Körpers angestellt. Er fand, dass das Phenylhydrazin blutzersetzend wirkt. Bei chronischer Vergiftung sind die rothen Blutkörperchen vermindert und missgestaltet. Nicht selten bilden sich Lungenentzündungen aus, bei akuter Vergiftung sind alle Organe bräunlich verfärbt, die Nieren von Blutungen durchsetzt und ihre Gewebe theilweise abgestorben. Dementsprechend findet sich im Harn Eiweiss und Blut.

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung vom 12. März 1900.
(Centr. Bl. f. Chir. 1900, No. 18.)

Herr **Rose** berichtet über eine Heilung von epileptischem Blödsinn bei einem sechsjährigen Jungen. Nach einer Stirnverletzung im September 1899 hatten sich Zuckungen in den Gliedmassen und Bewusstlosigkeit eingestellt. Dann entwickelte sich das seelische Krankheitsbild: das Kind nahm die sonderbarsten Stellungen ein, schlug die Beine über den Kopf, gab unartikulirte Laute von sich, war unreinlich im höchsten Grade, benahm sich bei der Nahrungsaufnahme thierisch. R. entschloss sich zu einem blutigen Eingriff, er bildete an der Stelle der Narbe einen Hautknochenlappen, spaltete die harte Hirnhaut, an der nichts besonderes zu finden war, punktirte ohne Ergebniss das Gehirn und nähte dann die Wunde wieder zu. Der erste merkbare Erfolg war ein epileptischer Anfall gleich nach der Operation. Aber merkwürdigerweise war von Stund an der Junge geheilt. R. denkt sich, dass die Krankheit auf vorübergehenden Schwellungszuständen des Gehirns beruht hat (?). Die Bezeichnung Blödsinn dürfte in einem derartigen Falle psychiatrisch nicht ohne Weiteres gerechtfertigt sein.

Hierauf stellt Herr Rose noch einen älteren Mann vor, der trotz schwerster Verletzungen am Leben geblieben ist. Es waren mehrere Rippen, ein Schlüsselbein, ein Oberarm gebrochen, 2500 ccm Blut wurden aus dem Brustfellraum gepumpt, der Herzbeutel enthielt ebenfalls Blut, durch das zerrissene Zwerchfell war Luft in den Bauchraum getreten. Und dennoch!

Herr **Schüller** berichtet über Befunde von kleinsten Lebewesen in Geschwülsten. Bei Sarkomen fand er regelmässig im Innern blasenartige Körper von goldgelber Farbe, stark lichtbrechend, von runder, ovaler oder Birnen-Form. An ihnen liess sich sowohl eine Schichtung als eine speichenartige Streifung (Kanäle) erkennen. Sie haben die dreifache Grösse weisser Blutkörperchen. Die Gebilde liegen zwischen den Geschwulstzellen. Um sie zu finden, muss man die Geschwulsttheilchen zerreissen, in Alkohol entwässern und in Lavendelöl aufhellen. Zur Färbung eignet sich nur schwache Haematoxylien oder Jod-Jodkalilösung. Uebertragungsversuche auf Thiere hat Vortr. noch nicht abgeschlossen. Wenn Theile mitten aus frisch operirten Geschwülsten mit sterilen Messern ausgeschnitten und in einem Glascylinder bei Körpertemperatur im Dunkeln aufbewahrt wurden, entwickelten sich Sago-ähnliche Körnchen.

Aehnliche Organismen fand S. in Impfpräparaten aus syphilitischen Geschwülsten, oft kolonieartig aneinandergereiht.

Er will aus seinen Befunden keine bestimmten Folgerungen ziehen, nur zu weiteren Forschungen anregen.

Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 18. Mai 1900.

(W. med. W. No. 22.)

Schnitzler: Subkutane Darmverletzung.

Dem betreffenden Manne war eine Last über den Leib gerollt. Er erbrach einmal, die rechte Unterbauchgegend war stark druckempfindlich und gab gedämpft tympanitischen Schall. Sonst waren keine Krankheitserscheinungen vorhanden; demnach machte S. den Bauchschnitt und fand eine bohnengrosse Lücke im Dünndarm. Die Därme waren bereits eitrig belegt. Dennoch erfolgte nach Ausspülung mit warmer Kochsalzlösung und Drainage völlige Heilung.

In einem zweiten Falle, der gleichfalls auf dem Wege der Besserung ist, war ein bei der Bearbeitung abgesprungenes Blechstück durch Kleidung und Bauchdecken gedrungen und hatte den Darm glatt angeschnitten.

Sitzung vom 25. Mai 1900.

(W. med. W. No. 23.)

Herr **Weinlechner** demonstrirt einen jungen Mann mit einer Stichwunde unter dem rechten Warzenfortsatz. Der Stich hat den Gesichtsnerv und die innere Unterkiefer-Schlagader getroffen. Letztere musste unterbunden werden, da die Blutung durch Ausstopfung nicht zum Stillen zu bringen war. Der Nerv soll genäht werden.

In einem zweiten von W. gezeigten Falle handelte es sich um eine Revolververletzung, bei der die Kugel unterhalb des Jochbogens eingedrungen war, den Gaumen durchbohrt hatte und zwischen den Querfortsätzen des 2. und 3. Halswirbels stecken geblieben war. Nachdem der Sitz der Kugel durch Röntgenstrahlen genau bestimmt war, gelang es, sie operativ zu entfernen.

Wiener medizinischer Klub.

Sitzung vom 25. April 1900.

(W. med. Pr. 1900 No. 20.)

Grünbaum: Ruptur des langen Bizepskopfes.

Die Fälle stammen aus dem Institut von Bum und Herz. Die Verletzung wurde in dem einen Falle durch das Heben eines schweren Mehlsacks, in dem andern dadurch bewirkt, dass ein Stürzender nach einem Rohr an der Wand griff, um sich festzuhalten. Das Krankheitsbild war das von Pagenstecher u. s. w. (s. vorige Nummer) angegebene. Zur Behandlung werden feste Verbände widerraten, da sie gewöhnlich nicht nützen, wohl aber schaden können, Massage und Gymnastik ist vorzuziehen, Naht kommt selten in Frage.

Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Wien.

Sitzung vom 13. Januar 1900.

(Der Militärarzt 1900, No. 9—10.)

Herr **Jeney** zeigt Röntgenbilder aus verschiedenen Gebieten der Chirurgie, insbesondere geht er auf die Fussgeschwulst ein. Er hat im Jahre 1899 nur in einem einzigen Falle von denjenigen, welche klinisch die Erscheinungen der Fussgeschwulst aufwiesen, Knochenveränderungen feststellen können. In den anderen Fällen dürfte es sich daher um eine Bänder- oder Sehnenscheiden-Entzündung am Mittelfuss gehandelt haben.

Herr Habart bemerkt hierzu, dass auch er der Meinung ist, dass es zwei Arten von Fussgeschwulst im Sinne des Vortragenden giebt.

Herr **Habart** zeigt zunächst ein Präparat von Revolververletzung des Darmes und berichtet über den betreffenden Fall, sodann führt er einen Soldaten vor, bei dem sich, nachdem er von einem Pferde an eine Futtermuschel angedrückt worden war, eine schwere traumatische Hysterie ausgebildet hat. Die Krankheit verläuft hauptsächlich unter dem Bilde der Tetanie. Klopfen und Druck auf den Ellen- und Schienbeinnerven ruft Zusammenziehung der zugehörigen Muskeln hervor. Die galvanische Erregbarkeit war hochgradig gesteigert, die Hände befanden sich in Schreiberstellung, die Athmung stockte einmal derartig, dass das Pflegepersonal glaubte, der Mann sei gestorben, ferner bestand Erbrechen und halbseitige Herabsetzung des Hautgefühls. Der Allgemeinzustand war anfangs recht schlecht.

Ferner führt **Habart** einen Soldaten vor, bei dem er eine erfolgreiche Operation an der Wirbelsäule ausgeführt hat. Durch einen Sturz aus dem 3. Stockwerk hatte der Mann einen Bruch des 10., 11., 12. Brustwirbels erlitten. Die Folge davon war ein Buckel an der gebrochenen Stelle und vollständige Lähmung der Blase, des Mastdarms und der Beine. Habart entfernte an der Stelle des Bruchs die Wirbelbögen und Dornfortsätze. Er fand, dass die Wirbelkörper weder gebrochen, noch verrenkt waren, dass das Rückenmark nicht durchtrennt war und dass es nur durch Wucherungen von Knochen und Knorpel bezw. durch Verdickung seiner Hülle zusammengedrückt wurde. Er ersetzte die durch ihn geschaffene Knochenlücke durch eine Celluloid-Platte, die anstandslos einheilte. Die Nachbehandlung wurde mit Hilfe von Aufhängung, Massage, Elektrizität, Bädern, Eisen, Höllenstein und Strychnin durchgeführt. Der Erfolg war gut, insofern die Erscheinungen an Blase und Mastdarm zurückgingen, der anfangs bestehende Druckbrand ausheilte und die Beweglichkeit der Beine besser wurde.

Herr **Drastich** stellt einen Jäger vor, der nach einer Verrenkung im linken Schultergelenk eine vollständige Lähmung des Arms zurückbehalten hat. Die genaue Untersuchung ergiebt, dass zwar, wie sich besonders elektrisch nachweisen lässt, eine Lähmung des Armnervengeflechts thatsächlich vorhanden ist, dass aber die Beschwerden zum grossen Theil auf traumatische Hysterie zurückzuführen sind. Es besteht nämlich ein Mangel der gesammten Hautempfindung im

Gebiet des ganzen Oberarms einschliesslich Achselhöhle und Schulter, bis zum Halse hinauf und eine organisch unbegründete Unfähigkeit, die linke Schulter zu heben, sowie eine Herabsetzung des Gaumenreflexes.

Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Klinischer Abend vom 18. Mai 1900.

(Allgem. med. Centr.-Ztg. 1900, No. 47.)

Herr **Uhthoff** spricht über Sehschwäche in Folge von Bleivergiftung. Er stellt einen Kranken vor, der als Steindrucker an Bleivergiftung erkrankt ist und neben Kolik, Schmerzen in den Beinen und im Kopfe auch eine starke Sehstörung hatte, die sich in kurzer Zeit entwickelt hat. Die Mitte der Netzhaut war unempfindlich, die Periferie unversehrt. Die Sehnerven-Papillen waren leicht entzündlich verändert, die angrenzenden Theile der Netzhaut getrübt. Später blasste die Schläfenhälfte des Sehnerven beiderseits ab, während die Sehstörung sich ganz erheblich besserte.

Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik.

Sitzung vom 18. Januar 1900.

(M. m. W. 1900, No. 20.)

Herr **Barabo** berichtet über einen Fall von Milzzerreissung. Ein Mann von über 69 Jahren stürzte auf einem Fabrikhofe und starb einen halben Tag später. Die 10. und 11. Rippe links waren, wie die Sektion ergab, gebrochen. Das Rippenfell war jedoch nicht verletzt, die Milz war in ihrem unteren Pol in grosser Ausdehnung zerrissen. In der Bauchhöhle fand sich viel freies Blut.

Herr **Katz** berichtet über einen günstig abgelaufenen Fall von Bromoform-Vergiftung (Näheres wird nicht mitgetheilt) und über eine recht unliebsame Wirkung des Orthoforms. Bei einer ziemlich grossen Brandwunde eines sehr kräftigen Arbeiters wurden vier Tuben Orthoform-Vaseline (10prozentig) im Ganzen verwendet. Als die letzte verbraucht war, bildete sich eine sehr hartnäckige, über den ganzen Körper verbreitete Nesselsucht, die Brandwunde wurde übelriechend und an einigen Stellen brandig. Bei Verwendung von Orthoform als Pulver hat K. ähnliches nie erlebt. Er lässt die Frage offen, ob im vorliegenden Falle eine Idiosynkrasie oder etwa eine Zersetzung der Orthoform-Salbe, vielleicht durch die Zinntube (?) Schuld an der auffallenden Wirkung ist.

Sitzung vom 1. Februar 1900.

(Münch. med. W. 1900 No. 21.)

Kirste: Fall von traumatischer Leberruptur.

Ein Knabe von $5^1/_2$ Jahren war von einem Pferde gegen den Bauch gestossen worden. Aeusserlich war nichts von einer Verletzung wahrnehmbar, auch keine bestimmte schmerzhafte Stelle vorhanden. Der Puls war verlangsamt. Nirgends fand sich eine Dämpfung. Erbrechen bestand anfangs nicht, stellte sich aber am nächsten Tage unter zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens ein. Eröffnung der Bauchhöhle ergab eine der Brustwarzenlinie parallele 4 cm lange und eine 3 cm lange schräg verlaufende Leberwunde. Trotz der Operation erfolgte der Tod, der keine weiteren Verletzungen ergab.

Medizinisch-naturwissenschaftliche Gesellschaft zu Jena.

Sitzung vom 22. Februar 1900.

(M. m. W. 1900, No. 23.)

Herr **Brodmann** spricht über aufsteigende Nervenentzündung nach Unfall ohne äussere Verletzung. (Der Vortrag ist als Aufsatz erschienen und wird als solcher referirt.)

Herr **Dansauer** berichtet über einen Fall von Korsakoffscher Krankheit. Eine 53jährige Dame, seit Jahren Trinkerin, erkrankte mit ausgeprägten Erscheinungen an einer schweren vielfachen Nervenentzündung. Seelisch bestand eine hochgradige Vergesslichkeit für die jüngere Vergangenheit und völliges Unvermögen, sich in Ort, Zeit und Personen zurecht zu finden. Besonders kennzeichnend war, wie sie Nachts die Situation verkannte, sich mit allerlei nicht anwesenden Leuten unterhielt, und am nächsten Tage, ohne sich ihrer Sinnestäuschungen zu erinnern, über die merkwürdigsten Erlebnisse berichtete. Es bestand völlige Krankheitseinsicht und auch sonst keine Trübung der Urtheils- und Kombinationsfähigkeit.

Herr **Hillmann** bespricht eine durch einen eigenartigen Fremdkörper hervorgebrachte Blasen-Entzündung. Die Kranke entleerte mit dem Harn öfters grössere und kleinere Konkremente, deren Kern jedesmal ein Stückchen Fadengewebe bildete. Da die Kranke einmal wegen Vereiterung einer Muttertrompete operirt worden ist, lag es nahe, zu glauben, dass ein Nähfaden in die Blase eingewandert sei. Der Scheidennarbe folgend, wurde ein Einschnitt gemacht, aber ohne Erfolg. Als man dagegen die Harnröhre gedehnt und durch Spaltung noch etwas nachgeholfen hatte, gelang es, aus der Blasenwand einen Fremdkörper zu entfernen, der sich als Rest eines Gaze-Tupfers herausstellte. Ein Seitenstück zu der Einwanderung von Tupfern in den Darm, die Merttens u. A. beschrieben haben. (Dass es sich um keinen Nähfaden handelte, hätte sich vielleicht mikroskopisch nachweisen lassen. Ref.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Obergutachten, betreffend einen Kreuzbeinbruch und eine Quetschung des grossen Hüftnerven (Nervus ischiadicus) durch Unfall (Herabfallen eines Steines auf den Rücken des Verletzten) — Ischias traumatica — mit trophischen Störungen der Wadenmuskulatur.

Amtl. Nachr. d. R.-V.-A. 1900, No. 6.

Der Lehrhäuer H. R. in St. ist vom 3. bis zum 8. August 1899 in der hiesigen chirurgischen Klinik gewesen und wiederholt eingehend von mir untersucht worden.

R. ist ein kleiner, schlank gebauter, aber kräftiger und muskulöser Mensch von genügendem Ernährungszustande und gesunder Gesichtsfarbe.

Er geht mühsam mit etwas abduzirtem linken Bein und gesenkter linker Beckenseite, während er sich kräftig mit einem Stock stützt.

Die Klagen des R. beziehen sich auf Schmerzen in der linken Hüftgegend und im linken Bein, die bei jedem Versuch, längere Zeit zu stehen oder zu arbeiten, so heftig werden, dass er nach kurzer Zeit zu einer längeren Ruhepause genöthigt ist.

Herr Dr. S. sowohl wie Herr Kreisphysikus Dr. M. in M. haben bei ihren Untersuchungen keinerlei Abnormitäten feststellen können. In seinem Gutachten vom 28. November 1898 hebt ersterer besonders hervor, dass die Beweglichkeit der Beine in allen Gelenken eine vollkommen freie, und dass Massunterschiede im Umfang der Beine nicht vorhanden seien. Herr Kreisphysikus Dr. M. kommt zu demselben Resultat und hält den R. einfach für einen Simulanten und völlig erwerbsfähig. Dem gegenüber konstatirte Herr Dr. N. in M. eine Verdickung am linken Hüftbeinkamm und eine auf Druck schmerz-

hafte Stelle am linken oberen (soll wohl heissen horizontalen) Schambeinast, vermuthet einen Beckenbruch und erklärt den Verletzten für erwerbsunfähig.

Meine eigenen Beobachtungen haben mich zu Ergebnissen geführt, die von beiden Anschauungen abweichen.

Untersucht man zunächst die Beweglichkeit des linken Hüftgelenks, so ist dieselbe für Abduktion und Adduktion und für die geringeren Grade der Beugung, bis etwa zu einem rechten Winkel, eine durchaus freie und glatte. R. setzt den Bewegungen keinen Widerstand entgegen, und von irgend welchen Reibegeräuschen im Gelenk, wie sie anfangs vorhanden waren (Bericht vom 12. Januar 1898), ist nichts mehr zu fühlen. Bei dem Versuch einer stärkeren Beugung aber giebt R. an, heftige Schmerzen zu empfinden und kann, obwohl er sich sichtlich Mühe giebt, eine unwillkürliche Anspannung der Streckmuskeln nur schwer unterlassen. Andere Hindernisse für die Beugung sind nicht vorhanden, so dass eine Schrumpfung der Gelenkkapsel, eine Verkürzung von Muskeln oder dergleichen, als Folgen entzündlicher Vorgänge im Gelenk, ausgeschlossen werden können.

Schmerzen bei stärkerer Beugung des Hüftgelenks brauchen aber ihren Ursprung keineswegs nothwendig im Hüftgelenk selbst zu haben, sondern können auch bedingt sein durch die dabei stattfindende Dehnung der auf der Streckseite des Gelenkes gelegenen Weichtheile. In erster Linie kommt dabei der grosse Hüftnerv (Nervus ischiadicus) in Betracht.

Um über eine Affektion desselben ins Klare zu kommen, wurde nun zunächst untersucht, welche Punkte in der Hüftgegend dem R. denn eigentlich druckempfindlich waren. Dabei stellte sich heraus, dass alle die in früheren Gutachten angegebenen Stellen, die Kreuzgegend, das Gelenk zwischen Kreuzbein und letztem Lendenwirbel u. s. w. gar nicht mehr oder nur minimal empfindlich waren. Sowie aber der Fingerdruck auf die Austrittsstelle des Hüftnerven (Nervus ischiadicus) aus dem grossen Hüftloch (Foramen ischiadicum majus) gerichtet wurde, zuckte R. zusammen und gab mit grösster Entschiedenheit an, dass hier der Schmerz entstehe. Bei wiederholten Untersuchungen an verschiedenen Tagen war das Resultat dieser Untersuchung immer das gleiche.

Nun musste selbstverständlich nach objektiven Beweisen für eine etwa vorhandene „Ischias traumatica“ gesucht werden. Dieselben ergaben sich leicht genug.

Betrachtete man den auf dem Bauche liegenden Kranken, so fiel sofort eine geringere Prallheit und ein verminderter Umfang der linken Wade auf. Die sorgfältige Messung des Umfanges ergab denn auch für die dickste Stelle der rechten Wade $32^3/_4$ cm, für die linke nur 32. Nun hätte sich diese Differenz vielleicht dadurch erklären lassen, dass das linke Bein in Folge der Verletzung von vornherein weniger gebraucht oder dass es von jeher schwächer war, als das rechte, obwohl dieses für die oberen Extremitäten ja normale Verhältniss sich für die unteren nicht in gleicher Weise zu wiederholen pflegt. Dann hätte aber auch der Oberschenkel links schwächer sein müssen, als rechts. Aber gerade das Gegentheil ist der Fall. Der Umfang des linken Oberschenkels, 20 cm oberhalb des oberen Kniescheibenrandes, beträgt $43^1/_4$ cm, der des rechten an gleicher Stelle nur $42^1/_2$.

Da nun der Nervus ischiadicus der alleinige Versorger der Unterschenkelmuskulatur ist, während er von den Oberschenkelmuskeln nur einen kleinen Theil innervirt, so werden sich die trophischen Störungen, die seine Erkrankung begleiten, in erster Linie am Unterschenkel geltend machen müssen. Die Abmagerung des Unterschenkels fällt im vorliegenden Falle aber um so mehr ins Gewicht, als man, entsprechend der kräftigeren Entwickelung der linksseitigen Oberschenkelmuskulatur, eher eine Differenz zu Gunsten der linken Wade hätte erwarten sollen.

Was nun die Angaben des Herrn Dr. N. betrifft, so ist die Verdickung des linken Hüftbeinkammes, von welcher er spricht, in der That vorhanden. Da aber R. angiebt, hier keine Schmerzen zu haben, noch jemals gehabt zu haben, kann dieselbe nur als eine ganz unschuldige Asymmetrie des Körperbaues betrachtet werden. Der Schmerz am Schambein, dessen früheres Vorhandensein R. bestätigt und dessen Stelle er noch angiebt, ist nach seiner eigenen Aussage nicht mehr vorhanden.

Trotzdem lag ja die Möglichkeit vor, dass die gesammten Störungen, auch die Ischias, durch einen Beckenbruch bedingt waren. Ich habe daher je eine Aufnahme einer jeden Beckenseite und eine des gesammten Beckens machen lassen. Von ihnen ergaben die ersteren ein vollkommen klares und beweisendes Bild, welches alle Erscheinungen in befriedigender Weise erklärt und mit den Ergebnissen der klinischen Untersuchung völlig übereinstimmt.

Figur 1 stellt die kranke linke, Figur 2 die gesunde rechte Seite dar. K. K. sind die beiden Kreuzbeinflügel, B. B. die Beckenschaufeln. S. s. ist die Verbindung zwischen beiden Knochen, die Synchondrosis sacroiliaca. Während diese indessen auf der rechten Seite als gleichmässige helle Linie von oben nach unten verläuft, zeigt sich auf der linken ein auffallend verschiedenes Verhalten. Bei F. theilt sich die helle Linie. Ein Theil setzt sich gradlinig nach abwärts fort: die normale Synchondrose. Ein anderer weicht nach der Mittellinie zu ab: das ist der Ausdruck einer Bruchlinie, B. l. Zwischen beiden liegt ein unregelmässiges Knochenstück von birnförmiger Gestalt, welches vom linken Kreuzbeinflügel abgesprengt ist; und gerade am unteren Ende der Bruchlinie tritt der Nervus ischiadicus aus dem Becken nach aussen hervor.

Es handelt sich also in der That um einen Bruch, wenn auch nicht des Beckens, so doch des Kreuzbeines in unmittelbarer Nähe der Verbindung mit dem Becken und hart am grossen Hüftnerven. Es ist selbstverständlich, dass die Gewalt, welche diesen Bruch veranlasst hat, auch eine Quetschung des Hüftnerven veranlassen konnte oder musste, und es war kaum zu vermeiden, dass die auf die Verletzung folgenden entzündlichen Prozesse sich auch auf den Nerven fortsetzten und ihn in Mitleidenschaft zogen.

Die Diagnose: Kreuzbeinbruch, Quetschung des Nervus ischiadicus sin., Ischias traumatica mit trophischen Störungen der Wadenmuskulatur ist demnach unanfechtbar und ebenso ist es sicher, dass nur der Unfall vom 12. Januar 1898 als Ursache angesehen werden kann.

R. ist demnach mit Unrecht als Simulant betrachtet worden. Seine Angaben entsprechen vielmehr vollständig dem objektiven Befund. Er ist nicht nur zu jeder ernsten Arbeit, welche Gehen und Stehen verlangt, unfähig, sondern wird auch kaum im Stande sein, anhaltend im Sitzen zu arbeiten, weil der Ischiadicus vermuthlich auch den Druck, dem er beim Sitzen ausgesetzt ist, nicht auf die Dauer ertragen wird. R. würde daher, selbst wenn er eine im Sitzen zu verrichtende Arbeit gelernt hätte, um etwa 80 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt sein. Dass ein an Ischias leidender Mensch aber nicht im Stande ist, in diesem Zustand ein Handwerk erst zu erlernen, welches im Sitzen ausgeübt wird, dürfte einleuchtend sein. R. ist meines Erachtens völlig erwerbsunfähig.

Er gehört gegenwärtig in ein Krankenhaus und müsste einer Behandlung unterworfen werden, welche die Beseitigung seiner Ischias sich zum Ziel zu setzen hätte. — Spanische

Fliegen, unblutige Dehnung, Elektrizität (faradische Bürste), eventuell die blutige Nervendehnung, das würden die Mittel sein, die hier in Betracht zu ziehen wären.

Bonn, den 8. August 1899.

Professor Dr. M. Schede,
Geheimer Medizinalrath und Direktor der chirurgischen Universitätsklinik.

Nachtrag:

Der Aufforderung des Reichs-Versicherungsamtes, mich unter Berücksichtigung der neueren Gutachten des Herrn Dr. S. und des Herrn Kreisphysikus M. nochmals über den R. zu äussern, komme ich im Folgenden nach:

Ich beschäftige mich zuerst mit dem Gutachten des Herrn Dr. S. vom 20. Oktober 1899.

Ich habe in meinem Gutachten angegeben, dass nach meinen Untersuchungen die in früheren Befunden als schmerzhaft angegebenen Stellen: die Kreuzgegend, das Gelenk zwischen Kreuzbein und letztem Lendenwirbel u. s. w. gar nicht mehr oder nur noch minimal empfindlich waren, dass aber R. sofort schmerzhaft zusammenzuckte, sowie der Fingerdruck gegen die Austrittsstelle des grossen Hüftnerven aus dem Foramen ischiadicum gerichtet wurde. Bei wiederholten Untersuchungen an verschiedenen Tagen war dieses Resultat immer das gleiche.

Herr Dr. S. konstatirt zunächst denselben Befund. Dann drückt er aber in der Umgebung rasch hintereinander bald diesen, bald jenen Punkt, findet, dass der Patient nun anfängt, auch entferntere Punkte, die vorher nicht als schmerzhaft bezeichnet wurden, als angeblich schmerzhaft zu empfinden und umgekehrt nnd schliesst daraus, dass Patient die verschiedenen Angaben nur macht, weil er nicht Zeit zum Ueberlegen hat, und dass seine ersten Angaben erlogen waren.

Ich halte ein solches Untersuchungsverfahren nicht für richtig und nicht für geeignet, zu einem unparteiischen Urtheil zu führen.

Zunächst muss doch betont werden, dass ein mässiger Druck auf die Austrittsstelle des Nerven durchaus kein besonderes Gefühl macht, welches den Untersuchten in den Stand setzte, den Druck gerade auf diese Stelle zu erkennen, so lange der Nerv gesund ist. Wenn also bei vorsichtigem Druck auf die früher schmerzhaft gewesenen und als schmerzhaft anerkannten Stellen, die dem R. doch wohl bekannt waren, dieser ganz freimüthig zugiebt, hier keinen Schmerz mehr zu empfinden, während er mit grösster Sicherheit jedesmal schmerzhaft zusammenzuckt, sowie der Ischiadicus berührt wird, so ist von vornherein nicht leicht an eine Simulation zu glauben. Wird nun aber in rascher Folge bald diese, bald jene Stelle, bald der schmerzhafte Nervenstamm, bald eine Stelle dicht daneben, bald eine entferntere gedrückt und dieses Verfahren mehrfach wiederholt, so würde ich mich keinen Augenblick wundern, wenn das Lokalisationsvermögen unsicher und die Schmerzempfindung eine verbreitetere wird. Gerade bei Schmerzen, die in Nervenstämmen entstehen, ist es ja eine ganz bekannte Thatsache, dass eine stärkere Reizung des ursprünglich affizirten Nerven zu sogenannten irradiirten Schmerzen führt, zu Schmerzen, die in den Bahnen benachbarter Nerven verlaufen, und dass diese oft so sehr in den Vordergrund treten, dass der Schmerz in dem eigentlich kranken Nerven dagegen ganz in den Hintergrund tritt. Das weiss man z. B. von der Trigeminusneuralgie, das weiss man vom ganz gewöhnlichen Zahnschmerz. Viele Leute sind absolut nicht im Stande, den schmerzenden Zahn mit Sicherheit zu bezeichnen, und bezeichnen, wenn sie dazu aufgefordert werden, nicht selten einen falschen. Wie schwer es oft ist, aus den Schmerzempfindungen von Kranken mit Sicherheit einen Schluss darauf zu ziehen, ob beispielsweise ein Schmerz im Magen, in der Gallenblase oder in der Niere entsteht, wird Herr Dr. S. ja wissen. Was ich daraus schliesse, ist: Es ist überhaupt nicht immer leicht für den Kranken, den vornehmlich schmerzenden Punkt mit aller Sicherheit anzugeben. Untersucht man aber in der Weise, wie es Herr Dr. S. gethan hat, so setzt man sich dem aus, dass durch die wiederholte Reizung des Nerven und seiner Umgebung schliesslich die ganze Gegend so empfindlich wird, dass die Angaben des Patienten jeden Werth verlieren.

Was das zweite Symptom, den Schmerz bei stärkerer Beugung des Hüftgelenks, anlangt, so hat dasselbe offenbar in der That an dem Tage, als Herr Dr. S. den R. untersuchte, nicht bestanden. Es fragt sich nur, ob daraus der Schluss berechtigt ist, dass es überhaupt zu keiner Zeit vorhanden war. Dass die Schmerzhaftigkeit kranker Nerven in weiten Grenzen zu schwanken vermag, wird Herr Dr. S. schwerlich leugnen. Wird es jemals einem Arzt einem Privatkranken gegenüber einfallen, denselben deswegen für einen Schwindler zu erklären, wenn derselbe, an Ischias leidend, heute Bewegungen mit seinem Bein ausführen kann, die er gestern nicht ohne Schmerzen machen konnte und morgen vielleicht wieder nicht machen kann? Doch gewiss nicht. Ich gebe aber ausserdem zu bedenken, dass gerade der Umstand, dass R. das eine Mal über starke Schmerzen bei der Beugung klagt. während er sie ein anderes Mal nicht angiebt, meines Erachtens für seine Ehrlichkeit spricht. Wollte er simuliren, so wäre doch wahrhaftig nichts leichter, als die Fiktion festzuhalten, dass eine starke Beugung des Hüftgelenks ihm schmerzhaft sei.

Was drittens den messbaren Unterschied in der Dicke der beiden unteren Extremitäten angeht, so giebt Herr Dr. S. den von mir gefundenen geringeren Umfang der linken Wade ohne Weiteres zu. Ich will bei dieser Gelegenheit nur noch einmal hervorheben, dass nicht nur der Umfang derselben geringer ist, sondern dass auch auf den ersten Blick die grössere Schlaffheit der Muskulatur dem geübten Auge auffällt.

Wie steht es nun mit dem Oberschenkel?

Ich habe darauf hingewiesen, dass der Umfang des linken Oberschenkels 20 cm oberhalb des oberen Kniescheibenrandes $43^1/_4$, der des rechten an gleicher Stelle nur $42^1/_2$ cm beträgt. Meine Deduktion war die: Hinge der geringere Umfang der linken Wade von einem etwa in Folge der Verletzung verminderten Gebrauch des ganzen linken Beines ab, oder hätte dieselbe von vornherein an Umfang hinter der rechten zurückgestanden, so würde man auch einen geringeren Umfang des linken Oberschenkels erwarten müssen. Hier aber findet sich, 20 cm über der Kniescheibe, das umgekehrte Verhältniss. Demnach hätte man eher auch eine stärkere linke Wade erwarten sollen. Die Annahme einer trophischen Störung durch eine krankhafte Affektion des Nervus ischiadicus erklärt aber das eigenthümliche Verhältniss auf das einfachste. Der Ischiadicus ist der alleinige Nerv für den Unterschenkel. Ist er krank, so wird hier die Muskulatur besonders leiden. Am Oberschenkel versorgt er nur einen Theil der Muskulatur.

Herr Dr. S. glaubt diese Beweisführung dadurch entkräftet zu haben, dass er an einer tiefer gelegenen Stelle, nämlich 10 cm über der Kniescheibe, einen geringeren Umfang des linken Oberschenkels nachweist. Aber auch darin ist er im Irrthum; gerade dieser von ihm herbeigezogene Umstand, den ich übersehen habe, ist ein neuer schwerwiegender Beweis

für die Richtigkeit meiner Anschauung. Eine kleine anatomische Bemerkung wird es beweisen:

Die vom Nervus ischiadicus versorgten Muskeln des Oberschenkels sind nämlich der Musculus biceps, semitendinosus, semimembranosus und Adductor magnus. 10 cm über der Kniescheibe werden diese sämmtlichen Muskeln von einem Querschnitt des Oberschenkels getroffen. Von anderen Nerven versorgte — Quadriceps, Gracialis, Sartorius — treten an Masse hinter ihnen positiv und relativ (im Vergleich zu höheren Querschnitten) zurück. 10 cm höher überwiegen dagegen bei Weitem die nicht vom Ischiadicus versorgten Muskeln. Die Atrophie der Ischiadicusmuskeln wird sich daher ganz besonders im unteren Drittel des Oberschenkels geltend machen müssen.

Ob also das von Herrn Dr. S. angegebene Mass des Oberschenkels 10 cm oberhalb der Kniescheibe beweist, dass meine Beweisführung „völlig unzutreffend und misslungen" ist, überlasse ich gern dem Urtheil des Reichs-Versicherungsamts.

Ich komme endlich zu dem letzten Punkt, der Röntgenphotographie. Was diese anlangt, so befinde ich mich mit Herrn Dr. S. insofern in völliger Uebereinstimmung, als ich auf seiner Photographie auch keinen Bruch erkennen kann. Sie ist recht minderwerthig und man erkennt überhaupt nichts auf ihr als die gröbsten Umrisse. Ich stelle anheim, Herrn Kollegen S. die in der Bonner Klinik gefertigte zur Ansicht zuzuschicken. Er wird dann auch ohne Zweifel die Vermuthung fallen lassen, dass ich mich durch einen Kothballen habe täuschen lassen.

Um noch weiteres Beweismaterial zu sammeln, habe ich den R., als er irrthümlich noch einmal hierher kam, noch ein zweites Mal photographiren lassen. Das Bild ist nicht ganz so klar geworden wie das erste. Aber das, was ich als Bruchlinie ansehe (Bl.) tritt auch hier noch deutlich hervor — vielleicht deswegen nicht mehr ganz so deutlich, weil ja seit der ersten Aufnahme wieder mehrere Monate vergangen sind und die Bruchlinien natürlich immer undeutlicher werden.

Dass eine wesentliche Knochenverdickung in der Bruchgegend nicht zu fühlen ist, ist begreiflich. Es hat keine Dislokation stattgefunden, weil die Knochen hier überhaupt nicht verschieblich sind. Der Bruch hat daher mehr den Charakter einer Fissur, die zu stärkeren Auflagerungen keinen Anlass giebt.

In Fig. 4 habe ich eine normale Becken-Kreuzbeinverbindung aufnehmen lassen. Es ist ersichtlich, dass die Linie Bl. auf derselben völlig fehlt. Uebrigens kann ich versichern, dass ich sie auf hunderten von Beckenphotographien, die ich zu anderen Zwecken habe aufnehmen lassen, niemals gesehen habe.

Leider habe ich R. bei seinem letzten Hiersein nicht noch einmal untersucht. Ich hatte die Akten noch nicht gelesen und liess ihn nur aus Interesse an dem ungewöhnlichen Befund noch einmal photographiren.

In Bezug auf das Gutachten des Herrn Kreisphysikus Dr. M. kann ich mich kurz fassen. Das Meiste ist in dem Gesagten bereits erledigt. Dass R. sich bei Gelegenheit der vom Herrn Kreisphysikus vorgenommenen Untersuchung thöricht benommen, vielleicht auch stark übertrieben haben mag, kann ich selbstverständlich nicht bestreiten. Ich kann nur aufrecht erhalten, was ich selbst in sorgfältiger und gewissenhafter Untersuchung und bei dem ehrlichsten Bemühen, völlig unparteiisch die Wahrheit zu finden, festgestellt zu haben glaube. Hiernach kann ich nur dem ganz entschiedenen Empfinden Ausdruck geben, dass man R. Unrecht thut, wenn man ihn als Simulanten ansieht. Er hat auf mich und meine Assistenten den Eindruck eines ganz ruhigen und ehrlichen, offenen Menschen gemacht.

Eine Erklärung, warum alle früher von dem Verletzten als schmerzhaft angegebenen Stellen es jetzt nicht mehr sind — die vom Herrn Kreisphysikus in meinem Gutachten vermisst wird — ist leicht gegeben. Die Besserung von Schmerzen, die anfänglich sich an eine Verletzung anschliessen, entspicht doch wohl dem natürlichen und Gott sei Dank bei weitem am häufigsten eintretenden Verlauf der Dinge. Die Entwickelung einer traumatischen Ischias dagegen kann sehr wohl erst später eintreten. Sie ist abhängig oder kann abhängig sein von der Bildung von Kallus, von Narbengewebe (z. B. bei der Resorption von Blutergüssen) und anderen Dingen mehr.

Dass eine Ischias ausnahmslos mit ausstrahlenden Schmerzen in dem Oberschenkel verbunden sein müsste, halte ich nicht für richtig. Für die traumatische Ischias wenigstens trifft es nicht zu. Die Sensibilitätsstörungen können sich bei ihr auf ein Gefühl von Taubsein, auf lokalen Druck oder Dehnungsschmerz beschränken oder auch ganz fehlen, während die motorischen Störungen und ebenso vielleicht die trophischen gleichwohl deutlich sind. Die sensibeln Fasern sind, was Verletzungen und Regeneration anlangt, nach allen Erfahrungen widerstandsfähiger als die motorischen.

Ich habe nach alledem keinen Grund, meine Meinung über R. zu ändern.

Bonn, den 12. Dezember 1899.

Professor Dr. Schede,
Geheimer Medizinalrath und Direktor der chirurgischen Universitätsklinik.

Das Rekursgericht hat den unter Ueberreichung eines weiteren, der vorstehenden Beurtheilung des Falles widersprechenden Gutachtens des Dr. S. von der beklagten Berufsgenossenschaft gestellten Antrag auf Einholung eines anderweiten Obergutachtens mit Rücksicht auf die hervorragende Bedeutung des Obergutachters und unter Hinweis auf die Ausführungen im Bescheide 1221 (Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts 1893, Seite 170) abgelehnt und lediglich die Begutachtung durch diesen von ihm gewählten Sachverständigen zur Grundlage seiner Entscheidung gemacht. Nach Lage der Sache konnte jedoch dem die Vollrente begehrenden Rekursantrage des Klägers nur insoweit stattgegeben werden, dass die Beklagte zur Weitergewährung der früher rechtskräftig festgesetzten Rente von 50 Prozent, die durch den angefochtenen, vom Schiedsgericht bestätigten Bescheid eingestellt worden war, verurtheilt wurde.

---

25 Prozent für ein Auge.

Rek.-Entsch. vom 23. November 1899.

Gegen ein ungünstiges Urtheil des Schiedsgerichts hat die Genossenschaft Rekurs eingelegt und beantragt, ihren Bescheid vom 26. Mai 1899 wieder herzustellen, durch welchen dem Kesselschmied H. aus der Nähe von M. 25 Prozent zugesprochen waren. Nach dem Gutachten des Augenarztes Dr. Pf. habe sich die Gebrauchsfähigkeit und der Erwerbswerth des erhalten gebliebenen Auges durch Gewöhnung an das Sehen mit diesem allein wesentlich erhöht. Das Reichsversicherungsamt entschied im Sinne der Berufsgenossenschaft und machte u. A. geltend: Allerdings hat das Reichsversicherungsamt für den gänzlichen Verlust der Sehkraft auf einem Auge bei normaler Beschaffenheit des anderen Auges, wenn der Verletzte ein sogenannter „qualifizirter" Arbeiter war, zu denen auch Kesselschmiede wegen der Gefährlichkeit ihres Betriebes gerechnet werden können, in der Regel eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um etwa ein Drittel angenommen. Damit ist aber nicht gesagt, dass nicht auch in solchem Falle

eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit möglich sei, die freilich nach Lage der Verhältnisse nur auf der Gewöhnung und Anpassung an das Sehen mit einem Auge beruhen kann. Im vorliegenden Falle kann auf Grund des vorerwähnten Gutachtens unbedenklich angenommen werden, dass der Kläger sich an die durch die Einäugigkeit bedingte Veränderung des Sehaktes gewöhnt und das ihm erhalten gebliebene, völlig gesunde Auge geübt hat. Dass hierdurch thatsächlich ein Erfolg hinsichtlich der Sehleistungen erzielt worden ist, beweist das für eine gute Ausbildung des monokularen Sehens sprechende Ergebniss, welches die von dem Sachverständigen angestellte Prüfung des Tiefenschätzungsvermögens gehabt hat. Durch diese Fähigkeit wird aber bei ihrer gehörigen Vervollkommnung der Verlust der Möglichkeit des binokularen Sehens, d. h. der Fähigkeit, die Gegenstände nach ihrer Körperlichkeit wahrzunehmen und damit zugleich die Grössenverhältnisse und Entfernungen richtig abzuschätzen, derartig ausgeglichen, dass dieser hauptsächlichste, durch die Einäugigkeit bedingte Funktionsmangel praktisch nicht mehr ins Gewicht fällt. Darin liegt zweifellos eine wesentliche Besserung des durch den Unfall geschaffenen und für die erste Rentenfestsetzung massgebend gewesenen Zustandes und zugleich eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit. In letzterer Hinsicht kommt wenigstens unterstützend in Betracht, dass der Kläger jetzt einen Lohn verdient, der seinem früheren fast gleich kommt und auch dem eines unverletzten mit denselben Arbeiten wie er beschäftigten Arbeiters nicht erheblich nachsteht, obwohl er sich nicht mehr in dem Betriebe befindet, in welchem er verunglückt ist. Aus diesen Gründen war die Genossenschaft zur Herabsetzung der Rente für befugt und die Rente von 25 Prozent der Vollrente für angemessen und ausreichend zu erachten. M.

Einfacher Schmied kein Qualitätsarbeiter.
Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust eines Auges.
Entsch. vom 21. April 1900.

Dem Schmiede Wilhelm F., welcher am 26. Juni 1899 auf der Zeche ver. Westfalia eine Verbrennung der Hornhaut des linken Auges erlitten und in Folge dessen die Sehkraft auf diesem Auge eingebüsst hatte, wurde vom Sektionsvorstande eine Rente von 35 % bewilligt. Nachdem das Schiedsgericht die Rente auf eine solche von $43^1/_3$ % Erwerbsverminderung erhöht hatte, legte die Berufsgenossenschaft Rekurs ein, indem sie die Annahme des Schiedsgerichts, der Kläger gehöre als Schmied zu den Facharbeitern, bestritt, weil sich seine Thätigkeit auf die Vornahme grober Schmiedearbeiten, insbesondere Ausbesserungen an Förderwagen, Bremskörben, Verladeeinrichtungen und Schärfen der bergmännischen Werkzeuge beschränke. Diese Arbeitsverrichtungen stellten keine besonderen Anforderungen an das Sehvermögen und verlangten insbesondere kein konzentrisches Sehen. Der Kläger könne daher eine höhere als die ihm durch den angefochtenen Bescheid zugebilligte Rente nicht verlangen, weil der Verlust eines Auges im Anschluss an die Spruchübung des R.-V.-A. mit 25 % und die geringe Anpassungsstörung des unverletzten Auges mit 10 % der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit ausreichend entschädigt sei, zumal der Kläger nach Auskunft der Zechenverwaltung vom 10. November 1899 schon zur Zeit der Schiedsgerichtsentscheidung wieder seine frühere Thätigkeit aufgenommen habe und durchschnittlich den gleichen Lohn wie seine Mitarbeiter verdiene. Ferner wurde noch bemerkt, dass nach statistischen Erhebungen die meisten derjenigen Verletzten, die den Verlust eines Auges zu beklagen hätten, als Schmiede weiter arbeiteten, zum Theil mit erheblich höherem Lohne als vor dem Unfalle. Der Kläger machte dem gegenüber geltend, dass er jetzt nur 3,50 M. gegen seinen früheren Tageslohn von 6,50 M. verdiene, wies die anders lautenden Angaben der Beklagten als nicht den Thatsachen entsprechend zurück, hielt die statistischen Erhebungen für einseitig, unkontrolirbar und deshalb für unerheblich und beantragte die Zurückweisung des Rekurses. Dem Rekurse wurde indessen stattgegeben und unter Aufhebung des Schiedsgerichtsurtheils der Sektionsbescheid wieder hergestellt. Gründe:

Der Kläger hat durch den Betriebsunfall vom 26. Juni 1899 die Sehkraft seines linken Auges eingebüsst; irgend welche entzündlichen Erscheinungen sind an diesem Auge nicht eingetreten. Der Unfall hat bei dem rechten Auge des Klägers nach dem Gutachten des Knappschaftsarztes Dr. H. nur einige Akkomodationsstörungen hinterlassen. Für den Verlust des linken Auges und die nicht erheblichen, zur Zeit noch bestehenden Beschwerden bei dem rechten Auge wird der Kläger nach der Ueberzeugung des Rekursgerichts durch eine Rente von 35 % derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit ausreichend entschädigt, da sein Beruf als Schmied besondere Anforderungen an das Sehvermögen nicht stellt. Die von dem Schiedsgericht dem Kläger zugesprochene Rente ist zu hoch bemessen und es war deshalb der Bescheid vom 22. September 1899 unter Aufhebung des Urtheils des Schiedsgerichts, wiederherzustellen. (Kompass.)

Aus dem Kammergericht.

Aerzte dürfen auch die freigegebenen Arzneien verkaufen.
Entscheidung vom 7. Mai 1900.

Dem praktischen Arzt Dr. L. H. wurde zur Last gelegt, 1899 fortgesetzt Arzneien, mit denen der Handel für einen Arzt nicht freigegeben sei, verkauft und an Andere überlassen zu haben. H. ist Arzt und betreibt auch eine Kurbadeanstalt für seine Patienten; im Kassenraum seiner Badeanstalt werden gewisse Heil- und andere Mittel aufbewahrt, die von der Kassirerin an die Patienten gegen Vorweisung eines von H. ausgefüllten Rezeptes gegen Entgelt verabreicht werden. Bei einer Revision wurden im Kassenraum einige Kräuter, Thee etc. gefunden, wie z. B. Faulbaumrinde etc. Die Strafkammer erachtete für erwiesen, dass H. Arzneien im Sinne des § 367 (3) des Strafgesetzbuchs verkauft hat. Es fragte sich, ob es sich um Arzneien handelt, mit denen der Handel freigegeben ist und ob H. als Arzt nach § 14 der Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 durch das Halten jener Arzneien sich strafbar machte. Dies hat die Strafkammer verneint und u. A. ausgeführt, die bei H. vorgefundenen Arzneien sind im Verzeichniss A und B der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 nicht aufgeführt, hieraus folgt in Verbindung mit § 6 Abs. 2 der Gewerbe-Ordnung, dass sie von jeder Person verkauft werden dürfen; ferner aber ist durch § 6 Abs. 2 der Gewerbeordnung eine reichsgesetzliche umfassende Regelung des Verkehrs mit Arzneien erfolgt, damit sind aber die entgegenstehenden landesrechtlichen Bestimmungen, d. h. auch § 14 der Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 obsolet geworden. Wollte man annehmen, dass § 14 der Apothekerordnung noch fortbestände, so glangte man zur Konsequenz, dass dem Arzt verboten ist, solche Mittel, die jeder feilhalten darf, zu verkaufen, dies kann vom Gesetzgeber nicht gewollt sein. Die landesgesetzlichen Bestimmungen, die den Verkauf gewisser Stoffe und Präparate den Aerzten und jedermann verbieten und nur den Apothekern gestatten, wie z. B. die Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 und die §§ 456, 460, II. 8 A. L. R., beruhen theils auf den Apothekerprivilegien, theils auf der Gesundheitsgefährdung durch Verabreichen von Arzneien aus der Hand Unsachverständiger. Dieser Gefahr ist

nun durch die Verzeichnisse A und B der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 vorgebeugt und das Privilegium der Apotheker auf ausschliesslichen Verkauf von Arzneien ist durch die Freigabe der nicht in den Verzeichnissen A und B aufgeführten Mittel zum Verkauf für jedermann insoweit beseitigt, dass es auch dem Arzt nicht mehr im Wege stehen kann. Diese Entscheidung focht die Staatsanwaltschaft durch Revision beim Kammergericht an, welches indessen die Vorentscheidung als zutreffend erachtete. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Dürck, Dr. Hermann, Privatdozent. Atlas und Grundriss der speziellen pathologischen Histologie. I. Band, Cirkulationsorgane, Respirationsorgane, Magendarmkanal. Lehmann's medizinische Handatlanten. Band 20. 142 Seiten. Preis 11 M.

Dasjenige Gebiet, auf welchem medizinische Atlanten ihre grössten und unbestrittensten Erfolge haben, ist und bleibt die mikroskopische Anatomie. Alles was, trotz der hervorragendsten technischen Hülfsmittel, das Flächenbild zur Darstellung irgendwelcher normaler oder kankhafter Zustände unzulänglich erscheinen lässt, fällt fort, wo es sich nur um die Wiedergabe mikroskopischer Bilder handelt. Wenn somit unter den Lehmann'schen Handatlanten dem hier vorliegenden eine leichtere Aufgabe zugefallen ist, als den meisten anderen, so muss man auch andrerseits anerkennen, dass in seinen Bildern gradezu Vollendetes geleistet wird. In glücklichster Weise ist jede Abbildung typisch und doch wieder individuell. Klassisch schöne Präparate sind in technischer Vortrefflichkeit wiedergegeben. Der Text giebt für jedes Organ eine kurze Skizze der normalen Gewebelehre und eine bündige recht übersichtliche, angenehm zu lesende Beschreibung der wichtigsten Krankheitsformen. Wer irgend Veranlassung oder Neigung hat, sich mit der Lehre von den krankhaften Veränderungen der Gewebe zu beschäftigen, wird die Anschaffung des Dürck'schen Atlas nicht versäumen dürfen.

Friedrich Dommer, Vorsichtsmassregeln beim Selbstkatheterismus zur Vertheilung an Blasenkranke von Seite des Arztes. München 1900. Verlag von Seitz u. Schauer.

Die praktischen, zur Vertheilung für den Selbstkatheterismus übende Patienten bestimmten Vorschriften geben in klarer, auch dem weniger gebildeten Patienten in verständlicher Ausdrucksweise Anleitung über das Reinhalten des Katheters und zwar wird zunächst die Reinigung des Katheters vor der Einführung, sodann nach der Einführung besprochen. Daran schliessen sich Vorschriften über das Einführen des Katheters selbst. Den Schluss bilden allgemeine Vorsichtsmassregeln diätetisch hygienischer Natur. Selbstverständlich wird auch der beschäftigte Arzt nie verabsäumen, zunächst dem Patienten durch persönliche Erklärung und Anleitung das Verständniss für die einzuschlagenden Manipulationen beizubringen. Dem vergesslichen und unaufmerksamen Patienten dürften dann die vorliegenden Vorschriften dazu dienen, sich die vom Arzte gegebene Belehrung immer wieder ins Gedächtniss zurückzurufen. Ledermann.

Fuchs, Dr. Walter, Die Prophylaxe in der Psychiatrie. Nobiling-Jauhan, Handbuch der Prophylaxe, Abth. V. München 1900. Seitz u. Schauer. M. 1,50.

Dieser Band des Nobiling-Jauhanschen Handbuchs hat viele unbestreitbare Vorzüge. Umfassende Sachkenntniss, gründliches Eindringen in die vielseitige Aufgabe, der das Buch genügen soll, ist ihm nachzurühmen. Einzelne Kapitel, z. B. die „Prophylaxe der Paranoia" sind ganz besonders hübsch. Bei der allgemeinen Prophylaxe und besonders beim Kapitel Neurasthenie vermissten wir einen Hinweis auf die wichtige und verhältnissmässig dankbare Verhütung der Nerven- und Geistesstörungen nach Unfällen.

Ein ernsteres Bedenken gegen die Abfassung des Büchleins können wir nicht unterdrücken: In einem Werke, das dazu bestimmt ist, dem Praktiker ein Gebiet vertrauter zu machen, auf dem er — leider — immer noch nicht besonders zu Hause zu sein pflegt, sollte grosser Werth darauf gelegt werden, den Stil einfach und möglichst leicht verständlich zu gestalten. Dies ist F. nur theilweise gelungen. Häufig wirkt die Länge der Satzperioden, die Verwendung von ungewöhnlichen Fremdwörtern, das Reden in eigenthümlichen Gleichnissen gradezu verwirrend. Es ist schade, dass einem sonst so brauchbaren Buche durch derartige Aeusserlichkeiten, die Aussicht, einen grossen Kreis wirklicher Leser zu finden, beeinträchtigt wird.

Zur Besprechung eingegangen:

Handbuch der Prophylaxe. Abt. 3: **Fischl.** Prophylaxe der Krankheiten des Kindes-Alters.

Abt. 4: **Hoffa und Lilienfeld.** Prophylaxe in der Chirurgie.

Abt. 13: **Goldschmidt.** Zur Geschichte der Prophylaxe, München 1900. Verlag von Seitz und Schauer.

Tagesgeschichte.

Das Reichsseuchengesetz.

Am 11. und 12. Juni ist der Gesetzentwurf zur Bekämpfuug gemeingefährlicher Krankheiten in zweiter und dritter Lesung angenommen worden. Er hat nur wenig Abänderungen erfahren und zu grossen Kämpfen nicht Anlass gegeben.

In § 14, wo von der Absonderung kranker oder verdächtiger Personen die Rede ist, wurde ausser Arzt und Pflegepersonal auch dem Seelsorger billigerweise der Zutritt zu dem Abgesonderten gestattet, im übrigen sollte der § nur redaktionelle Aenderungen erfahren, doch setzte es der Abgeordnete Rembold durch, dass durch einen Zusatz auch Angehörigen und Urkundpersonen, soweit es zur Erledigung wichtiger und dringlicher Angelegenheiten geboten sei, der Zutritt unter bestimmten Vorsichtsmassregeln erlaubt wurde. Zu demselben Paragraph wurde schliesslich noch ein Antrag Bandert, der dem behandelnden Arzt einen Einfluss auf die etwaige Ueberführung der Abzusondernden in ein Krankenhaus einräumt, angenommen. Schliesslich gab das Haus mit überwältigender Majorität dem Gesetze und der, von der Kommission beantragten Resolution zu Gunsten einer allgemein einzuführenden pflichtmässigen Leichenschau, seine Zustimmung. Die wenigen Gegner fanden, dass das Gesetz zu tief in die Privatverhältnisse einschneide. Einige äusserten bei dieser Gelegenheit ihre Gegnerschaft gegen die zünftigen Aerzte und die Schulmedizin, wobei besonders der Abgeordnete Böckel sich durch eine Brandrede gegen die Thier- und Menschenquälerei durch Aerzte und durch naive Unkenntniss über das Wesen der Seuchen, hervor that. Im Grossen und Ganzen benahmen sich die Anhänger der sogenannten Naturheilmethode, deren es ja auch im Reichstage etliche giebt, recht gemässigt. Sie gaben sogar dem Gesetz im Ganzen ihre Zustimmung, während vorher von dieser Seite Volksversammlungen gegen die Vorlage abgehalten und zornentbrannte Zeitungsartikel losgelassen waren.

Das Gesetz war bei der gegenwärtig, wenigstens hinsicht-

lich der Pocken und der Pest, drohenden Gefahr sicher nothwendig, und man wird ihm im ganzen auch die Zweckmässigkeit nicht absprechen können. Uns Aerzten freilich hat etwas Anderes vorgeschwebt, ein Reichsgesetz über die einheimischen ansteckenden Krankheiten, für deren Bekämpfung die gesetzlichen Grundlagen, insbesondere das alte preussische Regulativ anerkanntermassen unzulänglich sind. Gewiss hätten die Gegner der ärztlichen Wissenschaft dann ein lauteres Kampfgeschrei erhoben, aber es wäre zweifellos ohne Erfolg verhallt. Die von der Regierung angegebenen Gründe für die Nichteinbringung eines solchen Gesetzes haben sicher Niemanden überzeugt. Nun, die deutschen Aerzte werden nicht aufhören, dass zweite und wichtigere Reichsseuchengesetz zu fordern, und für dieses — kommen muss es doch einmal! — kann das jetzige in manchen Punkten vorbildlich sein.

Ueber die obligatorische Leichenschau schreibt die „Zeitschrift für Versicherungswesen", anscheinend offiziös, folgendes:

Dem Bericht der Kommission ist eine Uebersicht über die zur Zeit bestehenden Bestimmungen der Einzelstaaten über die Leichenschau beigegeben. Einen Rückschluss auf den Umfang der Verschiedenheiten gestattet schon die Thatsache, dass diese Uebersicht nicht weniger als 13 Seiten Grossfolio umfasst Allgemeine obligatorische Leichenschau haben Bayern, Württemberg, Baden, Hessen, Sachsen-Meiningen, Koburg-Gotha, Bremen und Hamburg; „verpflichtete Leichenfrauen" Sachsen, Weimar, Altenburg, Schaumburg-Lippe. Keine allgemeine Leichenschau, aber ähnliche lokale Einrichtungen haben Preussen — mit weitgehenden Verschiedenheiten in den einzelnen Regierungsbezirken, Mecklenburg-Schwerin, Braunschweig, Anhalt, beide Reuss, Lübeck und Elsass-Lothringen. Staaten ohne obligatorische Leichenschau sind endlich Mecklenburg-Strelitz, Oldenburg, Schwarzburg-Rudolstadt, Schwarzburg-Sondershausen, Waldeck, Lippe-Detmold. Die Reichs-Regierung nimmt zu der Frage gegenwärtig folgenden Standpunkt ein: Zweifellos ist die allgemeine obligatorische Leichenschau vom gesundheitlichen Standpunkt aus erwünscht. Die Reichs-Verwaltung hat sich schon wiederholt mit der Angelegenheit beschäftigt. Es hat sich ergeben, dass noch erhebliche Schwierigkeiten der Einführung entgegenstehen. Viele Sachverständige vertreten die Auffassung, dass nur eine ärztliche Leichenschau von praktischem Werthe ist. Auf dem platten Lande ist aber die Zahl der Aerzte gegenwärtig in vielen Theilen des Reichs noch zu gering, um in jedem Todesfalle die Besichtigung der Leiche durch einen approbirten Arzt sicherstellen zu können. Selbst wenn man auch Laien zur Vornahme der Leichenschau heranziehen will, würde nicht überall ausreichendes Personal hierfür zur Verfügung stehen. Die Preussische Regierung hat im Jahre 1898, als die Verhandlungen wegen reichsgesetzlicher Regelung der Leichenschau wieder aufgenommen worden waren, die Durchführbarkeit der allgemeinen obligatorischen Leichenschau in Preussen verneint. Es seien weite Landstrecken vorhanden, wo geeignete Personen für einen zuverlässigen Leichenschaudienst nicht aufzufinden wären. In Ostpreussen würde beispielsweise auf dem Lande nur die Uebertragung der Leichenschau an Lehrer in Betracht kommen. Hiergegen habe die Unterrichts-Verwaltung schwerwiegende Bedenken geltend zu machen. Die Angelegenheit bedarf der Regelung so vieler Einzelheiten, dass sie zum Gegenstand eines Sondergesetzes gemacht werden muss.

Die bevorstehende Abänderung des Kranken-Versicherungsgesetzes.

In der nächsten Session des Reichstages soll eine Novelle zum Kranken-Versicherungsgesetz vorgelegt werden, über deren Inhalt der Regierungsrath Dr. Hoffmann aus dem Ministerium des Handels folgende, augenscheinlich offiziöse Mittheilungen im „Preussischen Verwaltungsblatt" macht.

Die Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung sollen leistungsfähiger gemacht werden, damit ihnen eine Verlängerung der Unterstützungsdauer und eine gesteigerte Fürsorge für die Erkrankten zugemuthet werden kann. Eine Erhöhung der Beiträge soll nach Möglichkeit vermieden werden, schon weil die schliesslich zu erwartende Wittwen- und Waisen-Versorgung eine Vermehrung der Lasten in Aussicht stellt.

Leistungsfähiger werden die Kassen dadurch gemacht werden, dass man die jetzige Zersplitterung aufhebt und die nach Berufen getrennten zu grossen Ortskrankenkassen vereinigt. Die bisherige Trennung war für alle Betheiligten unbequem: Zugehörigkeits-Streitigkeiten waren an der Tagesordnung, der Uebergang aus einer Kasse in die andere brachte oft eine Schmälerung der Rechte der Versicherten mit sich. Centralisirte Kassen können nicht nur billiger, sondern auch gründlicher verwaltet werden. Sie allein sind im Stande die so nothwendigen Statistiken über Ursachen, Verlauf und Dauer der Krankheiten zu schaffen.

Die Gemeinde-Krankenversicherungen, welche von vornherein nur als Hilfseinrichtungen gedacht waren und in Folge der Niedrigkeit der zu erhebenden Beiträge sehr wenig leistungsfähig sind, zum Theil sogar nicht ohne Zuschüsse seitens der Gemeinden bestehen können, dürften aufzuheben sein, die Bau-, Innungs- und Betriebskrankenkassen können aus verschiedenen Gründen bestehen bleiben. Das Gleiche gilt von den Knappschaftskassen. Die Hilfskassen dagegen, welche bei der Auswahl ihrer Mitglieder wählerisch verfahren und von den Arbeitgebern dazu benutzt werden können, um den Versicherten allein die Zahlung der ganzen Beiträge aufzubürden, sollten ihre Gleichberechtigung verlieren und ohne bei der Krankenversicherung berücksichtigt zu werden, lediglich Zuschusskassen privater Natur werden.

Die geplante Centralisirung der Kassen setzt aber voraus, dass in der Verwaltung derselben eine Aenderung geschaffen wird. Es muss, wenn die Macht der Kassen vergrössert wird, durchaus verhindert werden, dass eine aus Arbeitern bestehende Vorstandsmajorität ihre Stellung zu politischen Zwecken oder zur Terrorisirung der Versicherten, der Aerzte und Lieferanten missbraucht. Den Arbeitgebern wird die Verpflichtung aufgelegt werden müssen, die Hälfte, statt wie bisher ein Drittel, der Beiträge zu leisten und sie werden dafür das Recht bekommen müssen, in gleicher Stärke wie die Arbeiter an der Verwaltung teilzunehmen.

Die Verwaltung der Ortskrankenkasse soll an die der Gemeinde oder des Gemeindenverbandes, für deren Bezirk sie errichtet ist, angegliedert werden. Aus der Zahl der bei der Gemeinde oder dem Verbande thätigen Beamten ist der Vorsitzende zu ernennen, von der Gemeinde sind die Kassenbeamten zur Verfügung zu stellen. Hierdurch soll den Beamten das nötige Ansehen gesichert, gleichzeitig eine Garantie dafür gegeben werden, dass nur solche Personen angestellt werden, die sich ihrer Pflichten voll bewusst sind. Der Beamte soll das versöhnende Element zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer herstellen.

Die Abgrenzung der Bezirke bleibt der höheren Verwaltungsbehörde überlassen, doch gewährt eine bestimmte Zahl von Versicherten den einzelnen Gemeinden Anspruch auf eigene Kassen.

Was die Forderungen der Aerzte betrifft, so ist gegen die unbeschränkte freie Arztwahl einzuwenden, dass wahrscheinlich nur jüngere Aerzte an der Kassenpraxis theilnehmen,

ältere und erfahrene sich davon zurückziehen würden. (Bis jetzt lehrt die Erfahrung wohl durchweg das Gegentheil. Red.) Doch würde dieses Bedenken an Bedeutung verlieren, wenn eine Gewähr für die Betheiligung der älteren Aerzte geboten würde. Die Honorirung der ärztlichen Leistungen nach den Mindestsätzen der Taxe ist aus finanziellen Rücksichten undurchführbar, die Forderung des Aerztetages, dass Verträge zwischen Aerzten und Kassen von der Standesvertretung der Aerzte gebilligt werden müssen, würde zu Unzuträglichkeiten führen. Zweckmässig erscheint die Forderung eines Schiedsgerichts, welches dann allerdings die Befugniss haben müsste, Aerzte, die gegen das Interesse der Kasse verstossen, zu verwarnen oder auszuschliessen.

Bei den herrschenden Meinungsverschiedenheiten für und wider die freie Aerztewahl wird eine gleichmässige Regelung der Aerztefrage nicht möglich sein. Es werden auf anderem Wege Garantien für die Wahrung der ärztlichen Interessen zu schaffen sein. Die Kassen werden über die Art der Gewährung ärztlicher Behandlung Vorschriften zu erlassen haben, welche der Genehmigung der Regierungspräsidenten bedürfen. Letztere werden dahin anzuweisen sein, auf die Zulassung einer möglichst grossen Zahl von Aerzten hinzuwirken und vor Ertheilung der Genehmigung die Aerztekammer zu hören. Der Mehrheit der im Bezirk ansässigen Aerzte könnte ausserdem das Recht eingeräumt werden, bei der höheren Verwaltungsbehörde eine Vermehrung der Kassenärzte zu beantragen.

Mit der Behandlung der Versicherten kann die Gemeinde nach dem gegenwärtigen Recht bereits nur im Inlande approbirte Aerzte beauftragen. Nur wo solche besonders schwer zu erreichen sind, und in dringenden Fällen können Ausnahmen gestattet werden. Die Zuziehung niederen Heilpersonals ist von der Anordnung des Arztes abhängig zu machen. Im Auslande approbirte Zahnärzte oder weibliche Aerzte dürften mit Genehmigung der Verwaltungsbehörde bei bestehendem Einverständniss zwischen Kassenvorstand und Versicherten zuzulassen sein.

Freie Apothekenwahl könnte im Falle einer landesgesetzlichen Ermässigung der Taxen für die Kassen gewährt werden.

Was die Leistungen der Kasse betrifft, so wären die bisher geltenden Bestimmungen im Wesentlichen beizubehalten. Die Weitergewährung der Krankenunterstützung über die 26. Woche hinaus müsste bei Erwerbsunfähigen verboten sein, da für diese alsdann die Versicherungsanstalt eintritt. Die Wöchnerinnenunterstützung könnte gesetzlich auf sechs Wochen ausgedehnt werden.

Die Kassenverbände, wie sie für das Gebiet einzelner Bundesstaaten und des ganzen Reiches bestehen, die nichts weiter bezwecken als die Abhaltung von Verbandstagen, auf denen allerlei grossentheils fernliegende Fragen erörtert werden, verursachen recht überflüssige Kosten. Doch ist ihre gesetzliche Abschaffung nicht geboten.

Eine hervorragende Rolle wird voraussichtlich bei dem Gesetzentwurf die Ausdehnung des Versicherungszwanges auf die land- und forstwirthschaftlichen Arbeiter und auf das Gesinde spielen. Bei den besonderen Verhältnissen dieser Arbeitsklassen wird allerdings Befreiung von der Versicherungspflicht hier unter bestimmten Bedingungen (Krankenabonnement oder dergl.) zu gewähren sein.

Da es sich vorläufig um keine greifbaren Paragraphen, sondern lediglich um offiziöse Andeutungen handelt, beschränken wir uns auf diese Inhaltsangabe.

Die Berechtigung zum ärztlichen Studium.

Durch die Tageszeitungen geht die Nachricht, dass die kürzlich abgehaltene Schulkonferenz einen sehr einschneidenden Entschluss gefasst hat. Zu sämmtlichen Studienfächern der Universitäten und Hochschulen sollen künftig die Abiturienten der Gymnasien, Real-Gymnasien und Ober-Realschulen gleichmässig zugelassen werden. Die den Einzelnen, vermöge ihrer Ausbildung, mangelnden Sonderkenntnisse, sollen durch Vorkurse an den Hochschulen nachgeholt werden. Falls dieser Beschluss in Wirkung tritt, kann sich allerdings der ärztliche Stand nicht mehr beklagen, dass er allein zu Experimenten hinsichtlich der Vorbildung missbraucht wird. Die Bestimmung trifft vielmehr gleichmässig schmerzlich alle diejenigen, die im Humanismus die geeignetste Vorbildung für alle gelehrten Stände erblicken. Sie würde offenbar nichts Endgiltiges, sondern lediglich einen Versuch im grossen Styl bedeuten, der auf die Schöpfung einer künftigen Einheitsschule hinzielt.

Nochmals der Fall Zehnder.

In No. 9 brachten wir eine Notiz über die in der Tagespresse mit der üblichen Entrüstung verbreitete Nachricht, von der angeblich widerrechtlichen Unterbringung des angeblich geistesgesunden Dr. Z. in einer Irrenanstalt. Inzwischen hat bei der Berathung des Medizinaletats der bayrische Kultus-Minister, wie die M. med. Wochenschr. mittheilt, vertrauliche Aufschlüsse über diese Angelegenheit gegeben, aus denen, wie man zwischen den Zeilen lesen kann, wohl deutlich hervorging, dass die Unterbringung nicht aus feindseligen Motiven gegen Dr. Z., sondern in dessen eigenstem Interesse erfolgt ist. Im Plenum hat der Minister dann noch bewiesen, dass auch in der Form des Verfahrens kein Verstoss gegen das giltige Recht gemacht worden ist. Die Aufregung war also wieder mal überflüssig.

Die Wiederbeschäftigung von Unfallverletzten im Bezirke der Sektion II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft (Bochum).

Die Satzungen des Allgemeinen Knappschaftsvereins in Bochum enthalten folgende Bestimmung:

„Neu eintretende Personen, Mitglieder, welche länger als vier Wochen gefeiert haben, und solche Mitglieder, welche wegen Krankheit arbeitsunfähig waren, sind nur gegen eine von einem Knappschaftsarzte ausgestellte, nicht über eine Woche alte Bescheinigung, dass der Betreffende arbeitsfähig ist, anzunehmen, bezw. zur Arbeit wieder zuzulassen.“

Hiernach wurden die Unfallverletzten, welche ihre volle Erwerbsfähigkeit noch nicht wieder erlangt haben, nur dann auf den Zechen zur Beschäftigung zugelassen, wenn sie ihre Befreiung von der Krankenversicherungspflicht beantragten. Der Knappschaftsverein nimmt an, dass die Unfallverletzten leichter wie andere Personen krank feiern und dass daraus für die Kasse eine grosse Belastung erwachsen könne. Da die Unfallverletzten im Allgemeinen keine Neigung dazu zeigten, ihr Recht auf die Krankenversicherung aufzugeben, ihnen dadurch auch ein pekuniärer Nachtheil hätte entstehen können, so war es für dieselben ausserordentlich schwer, eine regelmässige Beschäftigung zu erlangen. Bekanntlich ist aber gerade für Unfallverletzte Arbeit das beste Heilmittel. Unthätigkeit verhindert bei ihnen in zahlreichen Fällen nicht nur eine Kräftigung der Muskulatur, die Besserung der Beweglichkeit und der Gebrauchsfähigkeit der verletzten Extremität, sondern stellt geradezu den durch die ärztliche Behandlung erzielten Heilerfolg in Frage.

Der Vorstand der Sektion II (Bochum) ist über den Gegenstand mit dem allgemeinen Knappschaftsverein in Verhandlung getreten, die dahin geführt hat, dass die Unfallverletzten ohne Verzicht auf das Recht der Krankenversicherung auf den Zechen beschäftigt werden. Bei eintretender Krankheit soll gleich ermittelt werden, ob dieselbe auf den vorangegangenen Unfall zurückzuführen ist. In diesem Falle soll nicht der Knappschaftsverein in Anspruch genommen werden, sondern es tritt die Knappschafts-Berufsgenossenschaft für den Erkrankten ein. (Kompass.)

Trinkerheilanstalt.

Die von dem Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke mit dem Charakter einer Volksheilstätte errichtete Berliner Trinkerheilanstalt bei Fürstenwalde wird Anfang Juli ihrer Bestimmung übergeben werden. Sie ist einem Verwaltungsausschuss unterstellt, dem die Herren Baer, Sander, Laehr, Moeli, Ewald, Hebold und Waldschmidt angehören. Die Lage ist eine denkbar günstige und für den Zweck vorzüglich geeignete; rings von Tannenwaldungen umgeben, liegt die Anstalt mit freiem Ausblick auf Wiese und Aecker, 3—4 Kilometer von dem Vorortverkehr — Fürstenwalde — entfernt, völlig isolirt da. Auf dem 170 Morgen grossen Areal, welches aus Wald, Wiese und Feld besteht, ist ein Anstaltsgebäude erbaut, in dem neben der Verwalterwohnung, Anstaltsküche, Speisesaal, Aufenthaltsräumen und Badezimmern Platz für 50 Krankenbetten vorhanden ist. Die Schlafräume sind durchweg einund dreibettig, sehr behaglich und bei aller Einfachheit hübsch eingerichtet, wie überhaupt das Ganze einen ausserordentlich prächtigen und gediegenen Eindruck macht.

Da grundsätzlich die Insassen körperliche Arbeit verrichten sollen, so ist darauf Bedacht genommen, eine Oekonomie und Gärtnerei, in der die Kranken unter sachgemässer Anleitung sich — gegen Entgelt — bethätigen sollen, vorauszusehen. — Der Pensionspreis ist auf 100 M. monatlich festgesetzt; Krankenkassen, Landarmenverbänden, Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Kommunalbehörden etc. werden auf Grund von besonderen Verträgen Pflegesätze gewährt, die den Berliner Sätzen für Kassenkranke entsprechen. Die Aufenthaltsdauer wird auf mindestens 6 Monat bemessen, nachweislich unheilbare Kranke werden nicht aufgenommen, da der Charakter der Heilstätte gewahrt bleiben soll.

Jede wünschenswerthe Auskunft ertheilt Dr. Waldschmidt, Charlottenburg-Westend, Linden-Allee 33 (Telephon: Amt Westend 68), an welche Adresse schon jetzt Anmeldungen erbeten werden.

Sind Kreuzotterbisse tödtlich?

In einer uns übersandten Nummer des Vogtländ. Anzeigers und Tageblatts wird die Frage aufgeworfen, ob Kreuzotterbisse, die so gefürchtet sind, jemals wirklich den Tod herbeiführen. Das genannte Blatt hat bei allen in jener Gegend bekannt gewordenen Fällen von Otterbiss regelmässig Erkundigungen über den Verlauf der Krankheit eingezogen und entgegen den stets verbreiteten Todesgerüchten immer erfahren, dass die Gebissenen geheilt sind. Bei dem allgemeinen Interesse der Frage halten wir ihre Beantwortung an dieser Stelle nicht für unangebracht.

Die Frage, ob der Kreuzotterbiss tötlich wirken kann, muss bejaht werden. In Deutschland, wo die Kreuzotter die einzige Giftschlange ist, endeten in den Jahren 1878—1888 von 600 Bissen 17 tötlich (Blum), und nach dem 1893 erschienenen vorzüglichen Lehrbuch der Vergiftungen von Robert kam noch 1892 ein Todesfall vor. In demselben Buche wird erwähnt, dass Lenz einen Mann nach dem Biss einer Kreuzotter in den Mund binnen wenigen Minuten sterben sah. Also bei einem ausreichenden Beobachtungsmaterial fehlen die tötlich endenden Fälle keineswegs, und Ausrottung der Kreuzotter bleibt nach wie vor eine wichtige Aufgabe.

Tages-Ordnung

der am 28. und 29. September 1900 zu Berlin im Festsaal des Savoy-Hôtels, Friedrichstrasse Nr. 103, NW. (in unmittelbarer Nähe des Zentralbahnhofs Friedrichstrasse; Eingang zum Festsaal auch von der Prinz Louis-Ferdinand-Strasse) stattfindenden **XVII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.**

Donnerstag, den 27. September, 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung bei Sedlmayr (Friedrichstrasse 172).

Freitag, den 28. September, 9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Festsaal des Savoy-Hôtels. 1. Eröffnung der Versammlung. 2. Geschäfts- und Kassenbericht; Wahl der Kassenrevisoren. 3. Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken. H. Reg.- u. Med.-Rath Dr. Penkert-Merseburg. Frühstückspause im „Franziskaner“ (Stadtbahnbogen am Bahnhof Friedrichstrasse, in unmittelbarer Nähe des Versammlungslokals). 4. Ueber die Veränderungen vergrabener Leichentheile. H. Prof. Dr. Lubarsch, Leiter der pathologisch-anatomischen Abtheilung des hygienischen Instituts in Posen. 5. Zur gerichtsärztlichen Kenntniss des Sadebaumöles. H. Dr. H. Hildebrandt, prakt. Arzt in Berlin, pro physicatu approbirt. 3 Uhr Nachmittags: Festessen im Savoy-Hôtel. 9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung bei Sedlmayr (Friedrichstrasse 172).

Sonnabend, den 29. September, 9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Festsaale des Savoy-Hôtels. 1. Thema vorbehalten. H. Prof. Dr. Wernicke, Direktor des hygienischen Instituts in Posen. 2. Neuere Untersuchungsmethoden in der gerichtlichen Medizin. H. Dr. Ziemke, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde in Berlin, pro physicatu approbirt. 3. Vorstandswahl und Bericht der Kassenrevisoren. 4. Ueber Ausbildung und Anstellung von Desinfektoren. H. Kreisphysikus Dr. Keferstein in Nimptsch.

Nach Schluss der Sitzung: Gemeinschaftliches Mittagessen im „Franziskaner“ und hierauf Besichtigung[1]) der Siemens'schen Anlage zur Herstellung von keimfreiem Trinkwasser mittelst des auf elektrischem Wege hergestellten Ozons in Moabit (Augusta-Allee Nr. 8) unter sachverständiger Führung.

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung.

Indem der unterzeichnete Vorstand auf eine recht zahlreiche Betheiligung der Vereinsmitglieder, sowie auch derjenigen Kollegen hofft, die dem Verein bisher noch nicht beigetreten sind, bittet er, etwaige Beitrittserklärungen, Anmeldungen zur Theilnahme an der Versammlung oder sonstige Wünsche demnächst dem Vorsitzenden des Vereins gefälligst mittheilen zu wollen.

Minden, den 15. Juni 1900.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Dr. Rapmund, Vorsitzender, Regierungs- u. Geh. Medizinalrath in Minden. Dr. Elten, Schriftführer, Kr.-Physikus u. San.-Rath in Berlin. Dr. Barnick, Regierungs- u. Medizinalrath in Frankfurt a./O. Dr. Wallichs, Kreisphysikus u. Geh. Sanitätsrath in Altona. Dr. Fielitz, Kreisphysikus und Sanitätsrath in Halle a./S.

[1]) Das Nähere wird am Sitzungstage mitgetheilt werden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ

für die gesammte

Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes

sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben

von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 14. Ausgegeben am 15. Juli.

Inhalt:

Wann sind Zerreissungen der grossen Körperschlagader als Unfallfolgen zu betrachten?

Von

Dr. **Fritz Leppmann**-Berlin.

Ein gutachtlicher Fall, dessen später etwas ausführlicher gedacht werden soll, bot mir Veranlassung, der Frage näher zu treten, welche den Titel dieser Arbeit bildet. Es stellte sich heraus, dass die bisher vorhandene Literatur, von der mir wohl wenigstens der grössere Theil im Urtext oder in Auszügen zugänglich war, noch keine zusammenhängende Bearbeitung jener Frage enthält, dass vielmehr das Material ausserordentlich weitläufig in Büchern und Zeitschriften verstreut liegt. Auch die umfassenden Werke von Becker, Kaufmann, Stern,[1]) Thiem streifen dieses Gebiet höchstens, da sie eben hauptsächlich Unfallfolgen am Lebenden behandeln, während die Zerreissung der grossen Körperschlagader meist und grade in den Fällen, wo sie den Kernpunkt der Begutachtung bildet, rasch den Tod herbeiführt. Unter diesen Umständen durfte der Versuch als zweckmässig betrachtet werden, einmal auf Grund der vorhandenen Beobachtungen allgemeine Anhaltspunkte für die Unfall-Sachverständigenthätigkeit bei Zerreissungen der Aorta festzustellen.

Die grosse Körperschlagader steht dauernd unter starkem Innendruck durch die Blutsäule, die immer wieder in sie hineingeschleudert wird und sich dann beim Versuch zurückzuströmen in den Taschenklappen fängt. Verstärkt wird dieser Innendruck, sobald die Herzthätigkeit erhöht oder der Abfluss des Blutes erschwert wird. Eines oder das Andere, meist sogar Beides pflegt bei starken körperlichen Kraftleistungen, aber auch bei heftigen Gemüthsbewegungen (Angst, Schreck, Zorn) stattzufinden. Von aussen treffen das Gefäss häufig andre Gewaltwirkungen. Zwar ist es vor unmittelbarer Quetschung durch seine geschützte Lage gewöhnlich bewahrt, aber es wird, entsprechend seiner Aufhängung längs der Wirbelsäule, gezerrt bei allen ruckweisen Rumpfbewegungen, wie sich an der Leiche deutlich zeigen lässt; es wird erschüttert beim Laufen, Springen und vor allem beim Fallen. Allen diesen Angriffen, den durch ihre besondere Aufgabe im Körper bedingten, wie den gelegentlich hinzutretenden, leistet normaler Weise die Wand der grossen Schlagader siegreich Widerstand. Solange sie nicht ihre gewöhnliche Stärke, Festigkeit und Elasticität eingebüsst hat, zerreisst sie weder ganz noch theilweise, es sei denn durch sehr mächtige äussere Gewalten. Es ist festgestellt worden, dass ein Stück gesunde Arterie von $7^1/_2$ cm Länge durch Anhängen von einem Kilogramm auf $16^1/_2$ cm

gedehnt wurde und nach Abnahme der Last wieder bis zu 8,1 cm zurückschnellte — so gross ist ihre Elastizität.

Die Unfälle, bei denen die Gewalt hinreicht und in geeigneter Form einwirkt, um die völlig gesunde Aortenwand zum Bersten zu bringen, sind sicher sehr selten. Der Innendruck wird sich voraussichtlich nie derartig erhöhen können, dass die normal elastische Wand ihn nicht zu ertragen vermag, ebensowenig ist zu erwarten, dass blosse Zerrung einen Riss in ihr hervorbringen wird. Dagegen sind ungewöhnlich starke Zusammenpressungen des Brustkorbes von vorn her, besonders wenn der natürliche Schutzwall der Rippen und des Brustbeins gleichzeitig durchbrochen wird, hierzu wohl im Stande. In dieser Weise kann z. B. eine Ueberfahrung wirken (Devergie).[2]) Nicht ganz so ungeheuer, aber immer noch stark genug war die einwirkende Gewalt in einem Falle Maschkas,[2]) in dem ein wuchtiger Schlag gegen die Brust mit einer Erdhaue das Brustbein einbrach und die Aorta sprengte. Wichtiger noch als die Quetschung des Brustkorbes ist aber der Sturz aus grosser Höhe, bei dem die in voller Fallbewegung befindliche und durch das Aufschlagen des Körpers auf den Boden plötzlich angehaltene Blutsäule wahrscheinlich einfach die Gefässwand sprengt. Chevallier und Devergie[2]) haben solche Fälle beschrieben, der bemerkenswertheste ist der von Emmert,[3]) bei dem einem, von einem Gerüst abgestürzten jüngeren Manne ohne jegliche Knochenverletzung die von krankhaften Veränderungen sonst völlig freie Aorta zerrissen war. Quetschung und Erschütterung vereinigten sich bei einem von Langenbuch[4]) beschriebenen Unfall: Ein Mann stürzte zwei Stock tief mit dem Körper auf einen Balken; die sonst völlig gesunde Aorta war quer durchgerissen.

Der Sitz der Zerreissung wird in solchen Fällen ganz durch die Verletzung bestimmt: Bei Quetschung über dem Brustbein oder bei Fall auf die Füsse wird meist der aufsteigende Theil, bei Fall auf den Kopf der Bogen, bei einer den Rücken treffenden Gewalt der absteigende Theil bersten.

Die Hauptmasse der Aorten-Zerreissungen entfällt auf diejenigen Menschen, bei denen das Gefäss nicht seine normale Wanddicke, Festigkeit und Elastizität besitzt. Bei ihnen genügen schon oft geringe Gewalten, um die ganze Gefässwand oder ihre inneren Schichten zu sprengen, ja selbst ohne jede Einwirkung von aussen, ohne Veranlassung zu erhöhtem Blutdruck, sogar im Schlafe können solche Aorten platzen. Sie sind es, die dem Unfallgutachter die eigentlich schwierigen Aufgaben bieten.

Die Veränderungen, auf denen die Verminderung der Widerstandsfähigkeit bei der Wand der Körperschlagader beruht, sind sehr verschiedener Art. Die wichtigste ist die sackartige Ausbuchtung, das Aneurysma der Aorta, dessen Lieblingssitz der aufsteigende Theil des Gefässes ist. Kein Zweifel: wenn das in solch einen Sack einströmende Blut durch seinen Druck die Wände des Sackes, die nicht so widerstandsfähig sind wie eine normale Schlagader, mehr und mehr verdünnt, dann tritt schliesslich ganz ohne mitwirkende Nebenursachen der Augenblick ein, wo die Wand unter dem Blutdruck einreisst. Eine bestimmte Regel, wie lange das dauert, oder wie gross das Aneurysma sein muss, bis dies fatale Ende eintritt, ist nicht zu geben. Man hat kindskopfgrosse Säcke längere Zeit bestehen, wallnussgrosse ja selbst haselnussgrosse[5]) durchbrechen sehen. Zum Theil hängt das jedenfalls von der Verlöthung des Sackes mit verschiedenen Nachbarorganen ab. Sicher festgestellt ist, dass viele Menschen Aneurysmen der grossen Schlagader haben, von denen sie nichts merken, mit denen sie schwer arbeiten können, und die erst nach dem auf irgend einem andern Wege erfolgten Tode zufällig bei der Leichenöffnung gefunden werden. Bei solchen Personen, deren Blutsäcke ohne äusseren Einfluss voraussichtlich in absehbarer Zeit noch nicht bersten würden, kann ein Unfall von einer der oben beschriebenen Arten den Tod herbeiführen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist ein Fall Lessers[6]): Ein 33jähriger, bisher anscheinend stets gesunder Mann war mit dem Abladen schwerer Mehlsäcke beschäftigt. Plötzlich fiel er tot hin. Die Leichenöffnung ergab eine sackförmige apfelgrosse Erweiterung der grossen Schlagader (in Folge Verengerung des darüber liegenden Abschnitts) dicht an den Taschenklappen. Im unteren Drittel des Sackes bestand ein fast 2 cm langer klaffender Riss, durch den das Blut sich erst zwischen mittlere und äussere Gefässhaut eingewühlt hatte; durch einen zweiten Riss war von da aus der Herzbeutel eröffnet.

Gewöhnlich kann man es dem Riss im Blutsack nicht ansehen, ob er von selbst oder unter der Mitwirkung eines Unfalles entstanden ist. Nur wenn die Oeffnung sehr klein und rund, wie mit einer Nadelspitze ausgestochen ist, wird die Mitwirkung eines Unfalles recht unwahrscheinlich. Ein solches feines Loch kann doch wohl nur das Ergebniss einer ganz allmählichen Verdünnung, nicht das einer ruckweise einsetzenden Gewalt sein.

Im Allgemeinen ist es in der ärztlichen Literatur üblich, von „Zerreissungen" der Aorta zu sprechen, wenn man nicht die Berstung der Aneurysmen, sondern die auf andrer Grundlage entstehenden meint. Solche Aortenzerreissungen im engeren Sinne werden am häufigsten bedingt durch die — ganz allgemein gesprochen — chronische Entartung der Innenhaut des Gefässes, die sich als Verfettung, Verkalkung, Erweichung, hyaline Umwandlung, als Arteriosclerose oder Atherom darstellt und durch Gifte (Alkohol), Infektionskrankheiten (Syphilis) oder Stoffwechselstörungen (Greisenalter) verursacht zu werden pflegt. Poletebnow[7]), dem wir die schon oben erwähnte Elastizitätsmessung verdanken, hat festgestellt, dass eine Schlagader mit entarteter Wand durch ein angehängtes Kilogrammgewicht von 7,5 nur auf 9,9 cm gelängt wurde, dass sie aber dafür auch schon durch einen Quecksilberdruck von 20 bis 25, ja bei besonders ausgesprochenen Herdveränderungen schon durch einen von 15 cm Höhe zum Platzen gebracht werden kann. Dem entsprechen die klinischen Erfahrungen ganz. Die erste grössere Veröffentlichung über „spontane" Aortenrisse vom Altmeister Rokitansky[8]) enthält unter acht Fällen schon fünf, bei denen Verfettung, Verkalkung, Erweichung des Gefässes gefunden wurde.

Am verständlichsten ist die Durchlöcherung der Gefässwand ohne äussere Einwirkung, wenn sich durch völliges Absterben einer Stelle der Innenhaut ein allmählich immer tiefer greifendes Geschwür gebildet hat, so dass schliesslich dem andrängenden Blute nur noch ein ganz dünner Schutzwall gegenübersteht, den es ohne Weiteres durchbricht. Dass unter solchen Umständen Leute, die ruhig dasassen oder ihres Weges gingen, plötzlich durch Aortenzerreissung todt umfallen konnten (Festal,[9]) Posner[10]), ist leicht begreiflich.

Andererseits begreift man, dass ohne solche Verdünnung plötzliche Gemüthsbewegungen, körperliche Anstrengungen[11]) durch die erhöhten Anforderungen, die sie der Festigkeit der Gefässwand stellen, die atheromatös veränderte Aorta zum Zerreissen bringen. Schon Broka[12]) hat von 29 Fällen 9 jenen beiden Gruppen zurechnen müssen. Levi sah Zerreissung einer entarteten Körperschlagader bei der Stuhlentleerung, Lignerolle beim Besteigen eines Pferdes, Duffey beim Wasserpumpen, Freyer[13]) beim Abdrehen einer Schraube in stark gebückter Haltung, in einem zweiten Posnerschen Falle[14]) bewirkte bei einer alten Frau die Freude über die Rückkehr eines todtgeglaubten Sohnes eine plötzliche Zerreiss-

ung der Körperschlagader. Die Zerrung der entarteten Aorta durch rasche Rumpfbewegung wurde tödtlich in einem sehr bemerkenswerthen Falle von Chiari[15]) — ein Mann droht auf dem Glatteis auszugleiten, giebt sich aber einen plötzlichen Ruck nach hinten, sodass er aufrecht bleibt; — und in einem von Callender[16]), der Anfangs als Verstauchung der Rückenmuskeln gedeutet wurde. Schon lange ist die Verletzlichkeit der entarteten Aorta durch Schlag, Stoss oder Fall auf Brust und Rücken bekannt. Der alte Morgagni[17]) hat bereits gezeigt, wie bei einem Greise, der wahrscheinlich arteriosclerotisch war, ein nicht sehr derber Stockschlag auf den Rücken augenblickliches Platzen der Aorta verursachen konnte. Ihm reiht sich wiederum Broca mit 7 Fällen, Uterhart, Puppe[18]), Nissim[19]) u. A. an.

Selbst geringe Veränderungen der Gefässwand genügen unter Umständen als Vorbedingung für die Zerreissung, wenn die wirkende Gewalt, ohne übergross zu sein, doch bedeutend ist; z. B. wenn ein Mann, vom Gehirnschlag getroffen, blitzartig zur Erde stürzt (Puppe), wenn ein Arbeiter sich mit der Brust gegen 50 Zentner schwere Eichenblöcke stemmen muss, um sie zu kanten (Brussatis[20]) oder durch einen Stoss vor die Brust von einer Wagendeichsel umgeworfen wird (Schnabel). Hierher zählt auch ein Fall von Forster[21]), bei dem ein Bruch der Lendenwirbelsäule mit Zerreissung der wenig entarteten Bauchaorta verbunden war.

Aber so einleuchtend es auch ist, dass eine entartete Schlagader leichter einreisst als eine gesunde — unlösbar ist im Einzelfalle gewöhnlich die Frage, warum nun grade diesmal der Einriss erfolgte, während doch unzählige Menschen mit entzündeten, verfetteten, verkalkten Aorten herumlaufen und die schwersten Gemüthsbewegungen, die härtesten Anstrengungen, die bedeutendsten Erschütterungen, die raschesten Bewegungen ohne weiteres überstehen. Gewiss hatte auch der betreffende Verunglückte schon manchmal Gelegenheit gehabt, seine Aorta zu schädigen — warum musste das tödtliche Ende grade diesmal ausgelöst werden? Die Frage wird noch schwieriger, wenn man hört, dass in einer langen Reihe von Fällen Körperschlagadern, die zwar atheromatös, aber frei von Erweichungsgeschwüren, zum Theil geradezu nur unerheblich verändert waren,[24]) ohne besonderen Anlass, etwa beim Essen, beim Ausziehen, und selbst im Schlafe geborsten sind. In manchen dieser Fälle mag es sich doch um rasche Druckschwankungen aus irgend welchem Grunde, unzweckmässige Bewegungen, die ja auch im Schlafe möglich sind, oder ähnliche unkontrolirbare Einflüsse gehandelt haben. Im Uebrigen aber müssen wir uns damit bescheiden, dass wir eben die Mechanik des einzelnen menschlichen Körpers nicht auskennen können. Wir können nun einmal nicht beurtheilen, ob nicht beim ungestörten gewöhnlichen Lauf der Dinge der Blutdruck an einem bestimmten Tage den krankhaft verminderten Zusammenhalt einer Gefässwand sprengen muss, während ein anderer Mensch, dessen Herzkraft vielleicht geringer oder dessen Gefässwand von Natur kräftiger ist, genau ebenso ausgedehnte Entartungen länger überdauert.

In einem Punkte aber, auf den gewöhnlich nicht genügend geachtet zu werden pflegt, kann die mikroskopische Untersuchung das Verständniss sonst räthselhafter Zerreissungen ermöglichen. Wir sind gewöhnt, bei der Besichtigung des Gefässes nur die Innenfläche zu betrachten, also nur die innere Haut zu berücksichtigen und verkennen dabei ganz, wie wichtig für die Festigkeit und Elastizität die muskulöse und an elastischen Fasern reiche Mittelhaut ist. Diese aber kann krank sein, ohne dass man es der Innenfläche anmerkt. Sie kann durch einen angeborenen Fehler in der Entwickelung beeinträchtigt, durch eine überstandene Krankheit — hierbei spielt der Typhus eine entschiedene Rolle, in drei Krankengeschichten wird er erwähnt — verkümmert sein. Man findet dann die Arterienwand an der betr. Stelle verdünnt,[25]) die Muskellager und elastischen Netze der Mittelhaut sind hier bis auf mehrweniger geringe Reste geschwunden. Auch hyaline Gewebsumwandlungen dieser Haut scheinen vorzukommen. Das Greisenalter, das ja keineswegs immer zur Atheromatose führt, kann ohne solche gleichfalls mit Elasticitätsverlust der Mittelhaut einhergehen.[22])

Wir kennen mehrere Fälle, die ohne die eben angestellte Erwägung unerklärlich wären. Zwei davon, möchte ich nicht unterlassen, genauer wiederzugeben, weil sie besonders interessant sind.

Eine bisher gesunde Frau liegt auf dem Kreissbett. Der Kopf des Kindes ist bereits bis zur Mitte des Beckens vorgedrungen. Mit einem Male beginnt die Frau zu frieren, bekommt einen Krampf im Unterkiefer und in den Gliedern, dann wird sie blass und ist tot. Es findet sich ein $1^1/_2$ cm langer Riss in der Wand der grossen Körperschlagader dicht über den Klappen. Die inneren Häute sind in einiger Ausdehnung von den äusseren abgehoben. An der Rissstelle ist die Wand deutlich verdünnt, aber von gewöhnlichem Aussehen an der Oberfläche. Etwas oberhalb befindet sich ein verhärteter Fleck. Mikroskopisch findet man in der Mittelhaut an der zerrissenen Stelle kleine, schwer färbbare Parthien. (Heinricius.)[23])

Ein junger Student, der vor 15 Jahren schweren Typhus gehabt hat, aber sich seither durchaus gesund und kräftig gefühlt hat, erkrankt eines Nachts ohne erkennbare Ursache mit Leibschmerzen und stirbt am nächsten Tage. Es finden sich zwei Risse in der Aorta, durch die das Blut in den hinteren Mittelfellraum und von da unter den serösen Häuten am Zwerchfell entlang bis hinter die Bauchhöhle, ja durch den Schenkelring gedrungen war. Noch mehrere kleine Sprünge durchsetzen die Aortenwand theilweise. Diese ist papierdünn, in der Mittelschicht fehlen die elastischen Netze fast völlig, die Muskelfasern bis auf geringe Reste (Brouardel).[41])

In Verbindung mit der abnormen Dünnwandigkeit, aber auch ohne diese, kann eine angeborene Enge der Körperschlagader die Ursache zu deren Berstung abgeben. Entweder bezieht diese Enge sich auf das Gefäss in grosser Ausdehnung, oder sie ist nur ringförmig und entspricht dann mit Vorliebe der Einmündungsstelle des Botallischen Ganges. Wie gefährlich diese Zustände sind, kann man leicht ermessen, wenn man bedenkt, dass das Herz, um das Hinderniss zu überwinden, an Muskelstärke zunimmt und nun mit noch vermehrter Kraft die Blutsäule in das schon vorher nicht genügend weite Rohr drängt. So muss sich, wenn die Abweichung stark entwickelt ist, entweder eine Aussackung bilden (z. B. bei dem Lesserschen Fall, s. o.), oder das Gefäss muss reissen. Der letztere Zufall ist von Rokitansky,[8]) Geigel,[26]) Bruberger,[27]) Barker[28]) und Förster[29]) beschrieben worden. Den Anstoss zur Berstung mag ein Unfall auch hier geben können (Quincke); zwar ist dies meines Wissens noch nicht in einem Einzelfalle beschrieben worden, doch beweist das bei der spärlichen Literatur des seltenen Leidens wenig.

Sehr selten sind die Zerreissungen der Aortenwand in Folge Einwucherns krebsigen oder tuberkulösen Gewebes (Kamen)[30]) aus der Nachbarschaft oder in Folge Durchbruchs eines typischen Speiseröhrengeschwürs (Betz). Sie bedürfen keiner Erläuterung.

In etlichen Fällen von Zerreissung der Aorta ohne genügende äussere Ursache fand ich nur das Fehlen irgendwie nennenswerther wahrnehmbarer Entartung der Wand angegeben, aber keine Mittheilung, ob die Weite des Gefässes und die Wand-

dicke beachtet bezw. die Mittelhaut mikroskopisch untersucht worden ist.[31]) Hierzu gehört u. A. die seltsame Beobachtung von Walsh, der zufolge ein bei einer Rauferei zu Boden geworfener Mann nicht blos eine Zerreissung der Hinterwand der aufsteigenden Aorta, sondern noch eine zweite am Aortenbogen erlitt. Ich bin daher nicht in der Lage, prüfen zu können, ob man, wie Perrin de la Touche[19]) behauptet, immer wenn nicht mit blossem. so mit bewaffnetem Auge Veränderungen findet.

Wenn nunmehr noch erwähnt wird, dass eine dauernde Steigerung des Innendrucks in der grossen Schlagader, durch Herzvergrösserung oder chronische Nierenleiden[33]) bedingt, einen ungünstigen Einfluss ausüben kann — so sind wohl alle wesentlichen inneren Krankheitszustäude, die die Zerreissung des Gefässes verursachen oder begünstigen können, berücksichtigt.

Die Folgerungen, die sich aus Vorstehendem für den Unfallgutachter ergeben, lassen sich in wenigen Sätzen zusammenfassen:

Eine wirklich vollkommen gesunde grosse Körperschlagader zerreisst nur durch mächtige Quetschungen des Brustkorbs oder Erschütterungen des Körpers. Ob aber eine zerrissene Aorta vorher ganz gesund war, lässt sich manchmal nur durch mühevolle mikroskopische Untersuchungen, und mit voller Sicherheit in einzelnen Fällen auch durch diese nicht erweisen. Ein anscheinend wenig oder gar nicht verändertes Gefäss kann daher, zumal bei alten Leuten, durch einen geringen oder sogar ohne vorausgegangenen Unfall bersten. Andrerseits kann, welche krankhafte Veränderung der Aorta auch bei der Leichenöffnung gefunden wird, immer ein Unfall im Sinne des Gesetzes die schliessliche Zerreissung veranlasst haben. [Nur bei kleinsten runden Durchbohrungen wird man dies ausschliessen können.] Nie wird also der Gutachter auf das blosse Bestehen oder Nichtbestehen einer sichtbaren Erkrankung an der Aortenwand hin den Zusammenhang des Risses mit einem Betriebsunfall bejahen oder verneinen dürfen. Nie wird er eine scheinbar geringfügige äussere Gewaltwirkung ohne Weiteres als Ursache der Aortenzerreissung ausschliessen dürfen.

Da, wie im vorigen Abschnitt gezeigt worden ist, die ärztliche Erfahrung uns nöthigt, zwei Anhaltspunkte für die Begutachtung der Aortenrisse, die man von vornherein geneigt ist, sehr hoch zu bewerthen, nämlich den Befund am zerrissenen Gefäss und den Grad der Gewaltwirkung, erheblich geringer zu schätzen, so müssen wir uns nach andern Anhaltspunkten umsehen. Wir müssen in jedem Falle fragen:

Ist ein Unfall nachgewiesen, der seiner Art nach die Aortenwand zur Zerreissung bringen konnte? und

war das Verhalten des Verletzten vor und nach dem Unfall so, dass man nicht annehmen kann, die Zerreissung sei schon früher oder erst später erfolgt?

Welcher Art Unfälle sein können, die die grosse Körperschlagader schädigen, habe ich bereits oben ausführlich auseinander gesetzt. Es sind, kurz wiederholt: Stoss oder Schlag gegen Brust oder Rücken, Quetschung des Rumpfes von vorn oder hinten her, rasche Beugung des Rumpfes nach irgend einer Seite, Sturz (nicht blos auf den Rumpf, sondern auch auf Füsse, Hände, oder sogar auf den Kopf) und starke Gemüthsbewegungen. Alle diese Ereignisse können Betriebsunfälle im Sinne des Gesetzes sein. Sollte jemand dies hinsichtlich der Gemüthsbewegungen bezweifeln, so sei auf eine erst kürzlich erfolgte Entscheidung des Reichsversicherungsamts — Tod eines bei einem Grubenbrande flüchtenden herzkranken Arbeiters durch Herzlähmung in Folge seelischer Erregung als Betriebsunfall anerkannt — hingewiesen (s. S. 293). Natürlich wird man aber sehr sorgfältig prüfen müssen, ob der Verstorbene wirklich einen Unfall erlitten hat, ob er nicht z. B. hingefallen ist, weil ihm die Körperschlagader geborsten war, oder aus einem dritten Grunde. [So stürzte z. B. der von Puppe angeführte Mann hin, weil er einen Hirnschlag erlitt, und der Sturz bewirkte eine Zerreissung der Körperschlagader — wie mahnt ein solches Vorkommniss zu genauer Berücksichtigung aller, auch fernliegender Möglichkeiten!]

Wenn der Hergang des Unfalls ganz ungenau oder garnicht bekannt ist, wenn beispielsweise ein Mann neben einem Gerüst todt mit zerrissener Aorta gefunden wird, giebt manchmal die Leichenöffnung wichtige Aufschlüsse. Ganz verfehlt ist es, aus dem Fehlen äusserer Beschädigungen zu schliessen, es habe keine äussere Gewalt eingewirkt. Es muss immer wiederholt werden, dass die äussere Haut verhältnissmässig widerstandsfähig ist. Sie kann unversehrt sein, während gleichzeitig Risse in Leber, Lungen, Milz, Blutungen in den Muskeln, im Mittelfellraum oder Knochenbrüche eine Verletzung deutlich beweisen. (Emmert u. A.) Manchmal ist das Lageverhältniss zwischen der anderweitigen Verletzung und dem Aortenriss für den ursächlichen Zusammenhang nahezu beweisend, z B. Halswirbelbruch mit Riss am Bogen[37]), Lendenwirbelbruch mit Riss am untersten Abschnitt des Gefässes[21]). Aber sobald es sich um stellenweise entartete Gefässe handelt, können diese Beziehungen sich verwischen. Ein Stoss vor die Brust kann statt der aufsteigenden die absteigende Aorta zum Platzen bringen, weil dort zufällig die am wenigsten widerstandsfähige Stelle, ein syphilitischer Herd, sich befindet[38]).

Genaueres Eingehen erfordert die Frage nach dem Verhalten des zu Begutachtenden vor und nach dem Unfall. Auf vage Feststellungen, wie die, dass der Betreffende schon früher an Schwindel, Brustschmerz und Beklemmung gelitten hat, oder aber dass er immer gesund gewesen sei, ist wenig zu geben. Wir haben ja gesehen, dass der längst Aortenkranke doch durch einen Unfall sterben und dass der scheinbar Gesunde von selbst eine Berstung der Ader erleiden kann. Nur das Eine ist wichtig, festzustellen, ob die, eine Zerreissung kennzeichnenden Erscheinungen sich zeitlich so verhielten, dass sie mit einer Wirkung des Unfalls ungezwungen in Einklang gebracht werden können. Hier bin ich genöthigt, einen gedrängten Ueberblick über die möglichen anatomischen und klinischen Folgen einer Aortenzerreissung zu geben.

Allgemein bekannt ist es, dass die zähe, dehnbare Aussenhaut der Schlagadern oft noch unversehrt bleibt, wenn die Innen und Mittelhaut — richtiger wohl die Innenhaut und die innere Schicht der Mittelhaut — einreissen. Wenn der Verletzte sehr viel Glück hat, vernarbt die eingerissene Stelle einfach wieder.[34]) Häufiger kommt es anders: Das Blut wühlt sich zwischen jenen beiden Blättern einen Weg, nicht selten bis herab zur Theilungsstelle der Aorta in ihre Endäste und selbst noch an diesen entlang.[39]) So lange dieser äussere Blutmantel, dies „Aneurysma dissecans“, nicht nach irgend einer Richtung durchbrochen ist, so lange lebt der Mensch gewöhnlich. Das kann sich Tage, Wochen, Monate, über ein Jahr hinziehen. In ausserordentlich seltenen Fällen (Drasche[35]), Bostroem)[36]) erfolgt eine Art Heilung, indem an irgend einer andern Stelle (Bauchaorta) das Blut wieder in das Gefässrohr durchbricht. Der neu geschaffene Kanal überzieht sich sogar,

wenn er Zeit dazu hat, mit einer richtigen Gefäss-Innenhaut. So konnte ein derart Verletzter noch 30 Jahre leben!

Wie es scheint, vermag ferner, wenn auch die äussere Gefässhaut mit eingerissen ist, gelegentlich die seröse Bedeckung des Gefässes, falls der Riss innerhalb des Herzbeutels liegt, das Blut noch eine Weile zurückzuhalten, es unterminirt dann diese äusserste Hülle und von da aus auch die der benachbarten grossen Gefässe (Perrin de la Touche). Liegt der Riss im Brusttheil, so kann auf gleiche Weise erst die bindegewebige Scheide, die das Gefäss und die Speiseröhre umgiebt, mit Blut durchtränkt werden (Emmert).

Aber auch völlige Durchtrennung der Aortenwand an einer Stelle bedingt nicht immer sofortigen Tod. Es kommen da wunderbare Dinge vor. Leute, denen die Aorta ganz und gar durchschossen oder durchstochen war, haben noch Wochen und Monate gelebt, eine Stichwunde soll sogar mal geheilt sein.[42] Vielleicht bildet sich, wenn der Mensch ziemlich viel Blut verloren hat oder wenn das Herz unter dem Druck des in den Herzbeutel ergossenen Blutes nur noch schwach arbeitet, ein Gerinnsel über der Wunde, das dem trägen Blutstrom den falschen Weg zu verlegen vermag. Sehr bedeutend ist die Verlängerung des Lebens, die auf diese Weise erfolgt, freilich meist nicht, besonders nicht, wenn der Riss — und das ist das häufigste — im aufsteigenden Theil des Gefässes erfolgt und in den Herzbeutel führt. [Auf die seltenen Durchbrüche von Aortenaneurysmen in die Luftröhre, Speiseröhre oder Lungenschlagader und auf die von Geschwüren (Krebs, Tuberkulose) aus anderen Hohlorganen in die Körperschlagader brauche ich nicht einzugehen].

In dem Augenblicke, wo eine Aorta zerreisst, haben die Betroffenen oft das Gefühl, als ob ihnen inwendig etwas platzte, oder auch einen heftigen inneren Schmerz. Eine allgemein giltige Regel ist dies aber nicht, ja auch nachher braucht der Schmerz nicht bald einzutreten, wie ein Fall von Spitz zeigt: Ein Kutscher fiel, nachdem er mit grosser Kraftanstrengung an einem Wagenbrett gehebelt hatte, in dem Augenblick hin, als das Brett herausfuhr. Er stand wieder auf, war weiter thätig und musste sich erst nach drei Tagen, von Schmerzen geplagt, zu Bett legen (Aneurysma dissecans der Brustaorta, wahrscheinlich an der Stelle eines luetischen Erkrankungsherds, brach später in die Speiseröhre durch!)[38]

Immerhin setzen in den allermeisten Fällen bald nach der Zerreissung Schmerzen ein, die an sehr verschiedenen Stellen empfunden werden können. Der Häufigkeit des Durchbruchs in den Herzbeutel entspricht ein meist in der Herzgegend oder Magengrube gefühlter, dann und wann nach hinten, nach der Schulter, selbst nach dem Kopfe[28]) ausstrahlender Schmerz von grosser Heftigkeit. Da die Herzbewegung mehr und mehr erschwert wird, ist gleichzeitig zunehmende Beklemmung und Athemnoth vorhanden. Durchbruch in den Rippenfellraum bewirkt dieselben Beschwerden wie eine Rippenfellentzündung neben den Zeichen rasch wachsender innerer Blutung. Für die Blutergüsse, die sich frei oder als dissecirende Aneurysmen längs der Wirbelsäule ausbreiten, und einen Druck auf die Eingeweide, Gefässe und Nerven ausüben, scheinen besonders bezeichnend kolikartige Schmerzen zu sein, die mit Erbrechen einhergehen und einer Gallensteinkolik täuschend ähnlich sein können (Geigel, Brouardel, Brussatis). Manchmal werden freilich nur „leichte Magenbeschwerden" empfunden (Kamen).

Verhältnissmässig wenig sieht man, besonders solange noch keine freie Blutung erfolgt, oft die Leistungsfähigkeit vermindert. Der Freyer'sche Kranke[18]) blieb ausser Bett ebenso der Spitz'sche,[38]) der Schnabel'sche[1]) arbeitete am Tage des Unfalls und den folgenden ruhig weiter und brach erst zusammen, als er eine schwere Last eine Treppe hinauftrug. [Ein Zusammenwirken zweier Unfälle, das zu interessanten Rechtsstreitigkeiten Anlass geben könnte!], der Brussatis-sche[20]) hat aller Wahrscheinlichkeit nach auch ein Weilchen weiter gearbeitet und konnte dann noch nach Hause gehen.

Selbstverständlich treten physikalisch am Lebenden nachweisbare Veränderungen — Vergrösserung der Herzdämpfung, Dämpfung über den unteren Theilen einer Seite des Brustkorbs — bei Bluterguss in den Herzbeutel oder Rippenfellraum ein.

Der Tod tritt zwar bei manchen Zerreissungen blitzartig rasch ein: die Menschen stürzen zusammen, stossen vielleicht einen Schrei aus und stehen nicht wieder auf — aber man hüte sich, wenn ein Mensch in dieser Weise gestorben ist und die Aorta zerrissen gefunden wird, zu behaupten, der Riss sei erst in dem Augenblick entstanden, als der Mensch zusammenstürzte und schrie. Der Riss kann schon vorher, etwa durch einen Unfall, entstanden und Anfangs sehr klein gewesen sein oder nicht alle Schichten durchsetzt haben, das plötzliche Ende brauchte nur dem völligen Durchreissen oder einer raschen Vergrösserung der ersten Gefässwunde zu entsprechen.

Aus Alledem lässt sich ja allerdings kein durchaus regelmässiges und jedesmal unmittelbar an die Verletzung anschliessendes Krankheitsbild zusammenstellen. Aber wenn man die ziemlich eigenartigen, meist doch rasch nach der Verletzung auftretenden Schmerzen mit ihren Begleiterscheinungen vom Kreislaufs-, Athmungs- und Verdauungsapparat aus, wenn man die Ergebnisse einer etwaigen physikalischen Untersuchung berücksichtigt und mit dem Sektionsbefunde vergleicht — dann wird man doch in der Regel ermitteln können, wann ungefähr die Zerreissung erfolgt sein muss. Damit ist schon viel, oft Alles gewonnen.

Natürlich giebt es auch Fälle, in denen ein sicherer Endspruch nicht möglich ist. Mir ist aus der Unfallpraxis bisher keiner, dagegen einer aus der Gerichtspraxis bekannt[40]): Ein Mann unterhielt verbrecherischen Verkehr mit der Ehefrau eines Andern. Er wird von diesem Nachts in dessen Wohnung überrascht. Am nächsten Morgen findet man ihn dort tot. Die Leichenöffnung ergiebt einen Riss in der stark verfetteten, erweiterten und verdünnten Aorta, keine Spuren äusserer Gewalt. War der Schreck, war eine Misshandlung, war ein Zufall schuld? Non liquet!

Als Beispiel für die Beurtheilung der Aortenzerreissungen in der Unfallpraxis sei der Fall, der mich zur Ausführung der vorliegenden Arbeit veranlasste, kurz dargestellt:

Es handelte sich um einen 45 jährigen Arbeiter S., dessen früherer Gesundheitszustand aus den Akten nicht zu ermitteln war, von dem jedoch nachgewiesen ist, dass er im letzten Jahre ohne Unterbrechung in demselben Betriebe gearbeitet hatte. Dieser Mann half eines Nachmittags einem anderen Arbeiter Mauersteine auf einen Wagen laden. Er stand so, dass der Andre ihn nicht sehen konnte. Mit einem Male äusserte S., es seien ihm Steine auf den Kopf gefallen. Genauer hat er sich nicht ausgesprochen. Er war an Kopf und Brust beschmutzt, und Steine lagen neben ihm am Boden.

S. wollte noch weiter arbeiten, hat auch vielleicht noch ein paar Steine aufgehoben, liess sie aber bald fallen und ging still weg. Wenige Minuten später klagte er über Unwohlsein, Schwindel und Brennen in der Brust. Er sah elend aus. Ein anderer Arbeiter führte ihn heim — wie weit, ist nicht angegeben. Unterwegs wurden die Schmerzen in der Brust immer heftiger, die Schwäche immer grösser, S. konnte kaum sprechen und glaubte nicht lebend nach Hause zu kommen. Ganz erschöpft kam er zu Hause an. Ein Arzt

wurde erst am nächsten Morgen geholt. Als die Frau von diesem Gange zurückkam, war der Mann schon tot.

Vier Tage später wurde die Leichenöffnung vorgenommen. Als Todesursache fand sich ein $2^1/_2$ cm langer Längsriss in der grossen Körperschlagader dicht über der vorderen halbmondförmigen Klappe. Die Ränder des Risses waren fetzig und mit Blut durchtränkt. Von ihm aus hatte sich eine starke Blutunterlaufung unter dem Herzbeutelblatte, das die grossen Gefässe innerhalb des Herzbeutels überzieht, gebildet. Der Riss führte in den Herzbeutel, der fast einen halben Liter theils flüssiges, theils geronnenes Blut enthielt. Im Uebrigen sah die grosse Schlagader in ihrer Wandung unverändert aus.

Daneben waren noch einige andere Befunde wichtig. An der äusseren Haut fanden sich nur ein paar Schrunden am Kinn und eine in der Mitte des Scheitels. Dagegen enthielt das vordere Mittelfellgewebe einen thalergrossen flachen Bluterguss mitten über dem Herzbeutel. Die Hirnschlagadern waren starr und klafften.

In diesem Falle lag es nahe, einfach zu sagen: Die sonst gesunde Aorta kann unmöglich von selbst gerissen sein, folglich muss der Unfall daran Schuld gewesen sein. Aber da konnte eingeworfen werden — und das ist thatsächlich eingeworfen worden: vielleicht waren bei der Sektion Wandveränderungen, die ein selbstständiges Zerreissen verursachen konnten, übersehen worden. Dass das in gewissem Sinne selbst bei geübten Untersuchern vorkommen kann, haben wir oben gesehen. Auch war der Unfall doch ohne Augenzeugen geschehen. Der plötzliche Ruf des S., es fielen Steine auf ihn, und sein Aussehen nachher waren immerhin nicht voll beweiskräftig für einen Unfall, von einer Verletzung der Brust hatte S. gar nicht gesprochen, und bei gesunder Aortenwand musste es immer noch sehr auffallend klingen, dass ein aus geringer Höhe fallender Stein eine Zerreissung der Körperschlagader bedingt haben sollte, zumal der Mann ja nachher noch mancherlei zu leisten im Stande war.

Die richtige Deutung des Falles wurde ermöglicht:

1. Durch die vereinzelte Blutunterlaufung im vorderen Mittelfellraum. Diese konnte kaum anders als durch eine von aussen auftreffende stumpfe Gewalt erklärt werden. Das Fehlen von Hautverletzungen bewies nichts dagegen. Gleichzeitig war es von vornherein wahrscheinlich, dass Schreck über die herabfallenden Steine und Abwehr- oder Ausweichungs-Bewegungen des Rumpfes erhöhten Innendruck und Zerrung der Aorta bewirkt haben konnten.

2. Durch das Verhalten des S. vor und nach dem Unfall. Vorher war er rüstig mit einer freiwillig übernommenen harten Arbeit beschäftigt. Nachher konnte er nicht mehr weiter arbeiten, es wurde ihm schwindlig, er bekam Schmerzen auf der Brust und Beklemmung. Sein Leiden nahm zu, so lange er unterwegs war. Zu Hause mag es ihm vorübergehend etwas besser gegangen sein. Schliesslich starb er circa 13 Stunden nach dem Unfall. Das alles entspricht gut einer vielleicht zuerst noch durch die Schlagaderwand eine Zeit lang aufgehaltenen, dann allmählich in den Herzbeutel einsickernden Aortenblutung. Dass diese nicht alsbald in den Herzbeutel erfolgen konnte und sich zunächst unter der serösen Auskleidung der grossen Gefässe Bahn zu schaffen versucht hatte, deutete auch der Befund an der Leiche an.

Hiernach musste die Aortenzerreissung bei S. als Unfallfolge anerkannt werden.

R. Stern schliesst in seinem trefflichen Buche über die traumatische Entstehung innerer Krankheiten das Kapitel „Aneurysma der Aorta thoracica" mit den Worten: „Wir dürfen hoffen, dass grade Beobachtungen an Unfallverletzten unsere Kenntniss über diesen Punkt — den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheit — fördern werden". Das Gebiet der Zerreissung der grossen Schlagader ist dem hier von Stern berührten dicht benachbart; und wenn es auch in manchen Punkten leichter zu überschauen ist als jenes, so bieten die äusseren und inneren Bedingungen der Aortenruptur und ihrer so verschiedenen Folgen doch ebenfalls noch manche ungelöste Frage. Es wird eine dankbare Aufgabe für die Unfallgutachter sein, durch einschlägige Beobachtungen auch hier unser Wissen und die Sicherheit unseres Urtheils zu fördern.

Literatur.

1. R. Stern. Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. H. 1. Jena 1896.

2. Schuster. Ueber Verletzungen der Brust durch stumpfwirkende Gewalt, vom gerichtsärztlichen Standpunkte. Ztschr. f. Heilk. Bd. 1.

3. Emmert. Ueber Verletzungen der Aorta innerhalb der Brusthöhle. Friedreichs Bl. f. ger. Med. 1880.

4. Pantzer. Quetschung des Oberkörpers bei einem Unfall. Tod nach 7 Jahren in Folge Platzens eines Aneurysmas der absteigenden Bauchschlagader. Fraglicher Zusammenhang des Todes mit dem Unfall. Vierteljschr. f. ger. Med. 1898. H. 2.

5. Gordon. Death from haemorrhage in the pericardium. Lancet 6./I. 1894. Ref. in Virchow-Hirschs Jahrb.

6. Lesser. Die wichtigsten Sektionsergebnisse in 171 Fällen plötzlichen Todes. Vierteljschr. f. ger. Med.

7. Quincke. Krankheiten der Gefässe, in Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. Leipzig 1876.

8. Rokitansky. Spontane Zerreissung der Aorta. Oesterr. med. Jahrb. Bd. 26. Ref. i. Schmidts Jahrb.

9. Festal. Rupture intrapéricardiale de l'aorte. Bull. de soc. d'anat. de Bordeaux 1892. Ref. in Schmidts Jahrb.

10. Posner: Ein Fall von intrapericardialer Zerreissung der Aorta. Deutsche med. W. 1889 No. 25.

11. C. v. Noorden. Artikel Aorta in Eulenburgs Realencyklopaedie.

12. Lebert. Krankh. d. Blut- und Lymphgefässe. Virch. Handb. d. spec. Path. u. Ther. Erlangen 1855.

13. Freyer. Demonstration einer Aortenruptur. Wiss. Verein d. Aerzte z. Stettin. 9. Jan. 1900. Berl. klin. W. 1900, No. 15.

14. Posner: Diskussion in der Sitzung des Berliner Vereins für innere Medizin vom 18./V. D. med. W. 1885.

15. Chiari: Fall von traumatischer Aortenruptur. Prager med. W. 1886 31./III.

16. Callender. Ruptur der Aorta Transakt. of the path. Soc. of Lond. 1857. Ref. in Schmidts Jahrb.

17. Uterhart. Aneurysma Aortae traumaticum. Tracheotomie, Tod. Berl. klin. W. 1867.

18. Puppe. Untersuchungen über das Aneurysma der Brust-Aorta. D. med. Woch. 1894 45/46.

19. Perrin de la Touche. De la mort subite par rupture spontanée de l'aorte. Annales d'hygiène publ. etc. 1899 II.

20. Brussatis. Ein Fall von Zerreissung der Aorta. Aerztl. Sachv.-Ztg. 1899. No. 12.

21. Forster. Ruptur der Aorta. Transakt. of the path. Soc. of Lond. 1857. Ref. in Schm. J.

22. Velluti. Sulla rotura della aorta intrapericardiaca. Riv. clin. 1891/5. Ref. in Schmidts Jahrb.

23. Heinricius. Plötzlicher Tod während der Entbindung. (Zerreissung der Aorta.) Finsk. Läk. 1882. Ref. i. Schmidts Jahrb.

24. Dicenta. Ruptur an der inneren Seite des arcus aortae. Arch. f. phys. Heilk. 1855. Ref. u. Schm. Jahrb.

25. Kockel. Demonstration dreier Fälle von Spontanruptur der Aorta. Verh. d. Mediz. Ges. in Leipzig 1897. Sitzg. v. 6. VII.

26. Geigel. Ruptur der Aorta. Würzb. med. Ztchr. II. 2. 1861.

27. Bruberger. Ein Fall von Zerreissung der Aorta ohne Veränderungen in der Gefässwand. Berl. kl. W. 1870.

28. Thomas Alfred Barker. Stenose der Aorta und Ruptur der Aorta ascendens. Med. Chir. Transakt. LXIII. ref. n. Schm. J.

29. Förster. Stenose der Aorta an der Einmündungsstelle des Ductus Botalli. Ruptur der Aorta ascendens. Verh. d. med. phys. Ges. z. Würzburg X i. Ref. i. Schmidts Jahrb.

30. Kamen. Aortenruptur auf tuberkulöser Basis. Beitr. z. path. Anat. 1895. Ref. in Schmidts Jahrb.

31. Chauvel: Notes sur les ruptures Aorte Gaz. med. de Paris 1865. Ref. in Cannst. Jahrb.

32. Walsh: Aneurysma der Aorta thoracica. Assoc. Journ. 1856 may. Ref. n. Schmids Jahrb.

33. Coode Adams. Cases of spontaneous Rupture of aorta and heart. Lancet Okt. 1887.

34. E. Fränkel. Ueber einen Fall von geheilter Spontanruptur der Aorta. Festschr. z. Eröffn. d. Eppend. Krankenh. 1889. Ref. i. Virchow-Hirschs Jahrb.

35. Drasche. Bericht d. Krankenanstalt Rudolphstiftung in Wien 1868. Ref. in Schm. Jahrb.

36. E. Boström: Das geheilte Aneurysma dissecans. Arch. f. klin. Med. 1888 I.

37. White Hale. Laceration of Aorta. Transcr. of the path. Soc. 1885. Ref. in Schm. Jahrb.

38. Spitz. Traumatisches Aneurysma der Aorta descendens. Bresl. Aerztl. Ztschr. 1882.

39. Barbo. Ein Fall von Situs viscerum inversus completus, verbunden mit Aneurysma Aortae dissecans. Berl. kl. W. 1900 No. 26.

40. Schulte: Drei Fälle von Verletzung des Herzens resp. des Bulbus Aortae. Ztschr. f. ger. Med. 1886 Bd. 44.

41. Brouardel et Vibert. Rupture de l'aorte thoracique. Ann. d'hyg. publ. 1892 I.

42. J. Riedinger-Würzburg. Die Verletzungen des Thorax und seines Inhalts. Handbuch der praktischen Chirurgie. Stuttgart 1899.

Referate.

Allgemeines.

Ueber die in den Jahren 1884—1898 in der Göttinger medizinischen Universitätsklinik beobachteten Unfallkranken.

Von Felix Dreyer-Göttingen.
(J. D. 1899.)

Von 200 begutachteten Unfallverletzten aus der Ebstein'schen Klinik waren 88 durch Sturz aus der Höhe oder Fall bezw. Ausgleiten zu ebener Erde zu Schaden gekommen, 34 von herabstürzenden Gegenständen getroffen; 7 hatten Quetschungen erlitten, 32 waren durch andere mechanische Gewalt geschädigt. Ueberanstrengt hatten sich 13, verhoben 5. Verletzungen an der Hand (?) hatten 7 erlitten, 5 waren überfahren, 2 verbrannt, zwei durch giftige Gase, einer durch übergrosse Luftwärme geschädigt, einer durchnässt, einer misshandelt worden.

Nervöse Störungen waren 73 mal vorhanden, davon 24 mal funktionelle, unter denen seltsamer Weise „traumatische Neurose", „Railway spine", „Neurasthenie", „Erschöpfungsneurose" und „funktionell nervöse Störungen" von einander gesondert werden. Die Sinnesorgane waren 3 mal, die Athmungsorgane 34 mal (u. A. 12 Tuberkulosen, 1 Asthma bronchiale), der Verdauungsapparat 5 mal geschädigt. Traumatischer Diabetes ist 4 mal, traumatische Leukämie 2 mal, Milzschwellung ohne Blutveränderung 1 mal verzeichnet. Der Harn- und Geschlechtsapparat wurde 3 mal (Eiterung in den Harnwegen, Cystitis membranacea, Nierenentzündung), die Gelenke wurden 2 mal, die Kreislaufsorgane 13 mal erkrankt gefunden. Rückbleibsel von Knochen- und Weichtheilverletzungen kamen 7 mal, Vergiftungen 2 mal, chronisches Siechthum 1 mal zur Begutachtung. 45 mal konnte keine Unfallfolge anerkannt werden, 15 Begutachtete mussten als Simulanten oder Uebertreiber erklärt werden.

Genauer besprochen sind die 13 Fälle mit Störungen der Kreislaufsorgane. Meist waren schwere Unfälle: Sturz aus grosser Höhe, Quetschung durch herabfallende Lasten, Verschüttung u. dgl. vorausgegangen, in einer Reihe von Fällen waren Rippenbrüche vorhanden. Die Krankheit bestand am häufigsten in Entartungen des Herzmuskels bezw. Herzschwäche, zum Theil aber auch in Herzklappenfehlern oder nervösen Störungen der Herzthätigkeit. In einem grossen Theil konnte nur Verschlimmerung eines vorherigen Leidens anerkannt werden.

Der Hauptwerth der Arbeit liegt darin, dass das ungefähre Häufigkeitsverhältniss der Unfallkrankheiten an einer ziemlich umfangreichen Statistik nachgewiesen wird. Dagegen tritt das, was für den Gutachter am meisten lehrreich ist: Der Beweis des Zusammenhangs zwischen Unfall und Krankheit im einzelnen Falle leider recht zurück. Bei den kurz mitgetheilten Fällen sind meist nicht einmal die objektiven Befunde angedeutet, aber selbst bei den ganz ausführlich behandelten ist das Endgutachten mehr oder weniger dogmatisch gehalten. Wie es kommt, dass die betreffende Verletzung ein Herzleiden hervorbringen, ein bestehendes verschlechtern konnte, ist nur selten erläutert.

Zum Schluss stellt der Verfasser die Forderung auf, dass nach jeder Unfallverletzung der erst herbeigerufene Arzt einen genauen Befund und eine kurze Vorgeschichte aufnehmen soll. Dadurch werde die spätere Begutachtung leichter und Irrthümern weniger ausgesetzt als jetzt, viel Unglück würde vermieden, die Kosten sehr vermindert, die Rechtsstreitigkeiten verringert. Wir denken über den Vorschlag nicht ganz so sanguinisch. Grade bei schweren Verletzungen des Kopfes, der Brust, des Bauches, aber auch bei Knochenbrüchen und starken Weichtheilwunden der Gliedmassen, die gern zu schweren Folgezuständen führen, wird eine genaue Untersuchung anfangs theils unthunlich sein, theils wegen der augenblicklichen Nachwirkung der Verletzung zu unverwerthbaren Ergebnissen führen. Flüchtige, oberflächliche Untersuchungen können natürlich meist nur Schaden anrichten. Uebrigens möchten wir noch betonen, dass keinem Arzte ein so grosser Zeitaufwand, wie er zu derartigen Untersuchungen unbedingt erforderlich ist, ohne entsprechende Vergütung zugemuthet werden kann. Eine solche hat er von der zuständigen Kasse gewiss nicht zu gewärtigen; eine Anregung im Sinne des Verf. müsste also von den Berufsgenossenschaften ausgehen. Sie müssten die Verpflichtung zur Tragung der Kosten übernehmen. Der Arztbericht müsste in Form eines begründeten Gutachtens abgefasst und demgemäss honorirt werden.

Noch grössere Vortheile verspricht sich Verf. von einer regelmässigen, 2 bis 4 mal im Jahre anzustellenden ärztlichen Untersuchung aller Angestellten jedes Betriebes. Auch hier gilt der Einwand, dass nur sehr gründliche Untersuchungen und ausführliche Aufzeichnungen einen wirklichen Werth für die Mehrzahl etwaiger späterer Unfallfragen haben, ungründliche dagegen geeignet sind, für den Verletzten oder die Berufsgenossenschaft ungerechtfertigte Nachtheile entstehen zu lassen. Freilich, ein Diabetes, ein ausgeprägter Herzklappenfehler — das sind leicht zu erkennende Krankheiten, aber beispielsweise eine beginnende Lungentuberkulose oder Leukämie und das ganze Heer der mittleren und leichten Neurosen — die erfordern doch recht eingehende Untersuchungen. Sollen vollends diese Untersuchungen dazu dienen, auch die Frage der Verschlimmerung früherer Leiden nach Unfällen beurtheilen zu lassen, so werden sie die Gründlichkeit einer wissenschaftlichen Arbeit haben müssen.

Völlig durchführbar ist die Massregel natürlich so wie so nur bei einem Bruchtheil der Versicherten, bei denen, die wirklich in einem und demselben Betriebe längere Zeit thätig sind. Und auch hier kann den Aerzten eine Gratisleistung

keinesfalls zugemuthet werden, auch hier würden die Berufsgenossenschaften als Hauptinteressenten die Kosten tragen müssen — was eine hübsche Summe ergeben möchte.

Kurz, die vom Verf. angeregten Vorschläge haben unverkennbar manches für sich, aber nur wenn sie mit grösster Vorsicht und nicht unerheblichem Kostenaufwand durchgeführt werden.

Verwandten-Heirath und Taubstummheit.

Von Alfred H. Huth.
(The lancet, 10. Febr.)

Bei dieser Zusammenstellung von einer Reihe statistischer Arbeiten „über Blutheirath und Taubstummheit" beansprucht die Arbeit des Dr. Fay „Marriages of the Deaf in Amerika" das grösste Interesse. Durch genauste Nachforschungen war er im Stande 3078 solcher Ehen zu ermitteln. Er kam zu folgenden Schlüssen:

Die Unfruchtbarkeit ist durchschnittlich bei solchen Ehen nicht grösser als in der übrigen Bevölkerung. Wo beide Eltern an Taubheit leiden, scheint die Möglichkeit der Vererbung auf die Kinder sich zu verdoppeln. Da die Ursache der Taubheit verschiedenartig sein kann, so ist eine Vererbung weniger wahrscheinlich, wenn die Ursache, welche die Taubheit der Eltern veranlasst hat, nicht die gleiche gewesen ist. Diejenigen Eltern, bei welchen Taubheit angeboren ist, übertragen den Defekt leichter auf die Kinder, als solche, bei welchen Taubheit erst nach der Geburt zur Entwickelung kam. Was die Heirath unter Blutsverwandten betrifft, so schliesst er, dass die Taubstummheit durch die Verwandtschaft nicht begünstigt, sondern auch dann nur von einer etwaigen Taubstummheit in der aufsteigenden Linie beeinflusst wird.

Nach Huth ist es eine Thatsache, dass häufig taube Eltern kein einziges Kind haben, welches taub ist, dass aber auch andererseits Fälle vorkommen, wo die Taubheit ebenso vererbt worden ist, wie das auch sonst bei Erkrankungen des Nervensystems der Fall sein kann.

Franz Meyer-Berlin.

Chirurgie.

Ueber periostale Sehnenverpflanzungen bei Lähmungen.

Von Priv.-Doz. Dr. Fritz Lange-München.
(M. M. W. 1900, No. 15.)

Die unter den Referaten dieser Zeitschrift mehrfach besprochene Sehnenüberpflanzung auf andere Sehnen und Muskeln hat sich dem Verf. zwar im Allgemeinen bewährt. Sie versagte aber in manchen Fällen, weil die Sehne des gelähmten Muskels bei schweren Formveränderungen des betr. Gliedes gegen den ihr entgegenwirkenden Muskelzug nicht widerstandsfähig genug war, weil sie sich nach und nach verlängerte und die alte Fehlstellung wieder entstehen liess. Um dies zu vermeiden, näht er den kraftspendenden Muskel bezw. dessen Sehne unmittelbar an die Knochenhaut desjenigen Knochens an, auf den ein Zug ausgeübt werden soll.

Z. B. sei der gemeinsame Zehenstrecker gelähmt. Die Hauptaufgabe dieses Muskels ist die Rückwärtsbeugung des Fusses. Der vordere Schienbeinmuskel sei unversehrt. Dieser muss die Kraft liefern. Von seiner Sehne wird ein Theil abgespalten und oben auf die Knochenhaut des Würfelbeins genäht. Zieht sich jetzt der Muskel zusammen, so erfolgt ohne Weiteres die Rückbeugung des Fusses.

Diese Methode hat den Vortheil der Sicherheit mit dem der Freiheit in der Wahl des Ansatzpunktes gemeinsam. Sie erfordert freilich, um den richtigen Punkt wählen zu lassen, oft grosses Nachdenken.

L. beschreibt eine Reihe von operirten Fällen.

1. Spitzfuss in Folge Lähmung des Zehenstreckers und vorderen Schienbeinmuskels. Nach gewaltsamer Verbesserung der Stellung (unter Durchtrennung der Achillessehne) musste ein Rückwärtsbeuger des Fusses, gleichzeitig aber, um Plattfussstellung zu vermeiden, ein Heber des inneren Fussrands geschaffen werden. Der lange Wadenbeinmuskel, der unversehrt war, wurde am äusseren Fussrand durchschnitten, bis zur Mitte des Unterschenkels losgelöst, schräg über dessen Vorderseite hin zum innern Fussrand geführt und dort am Kahnbein befestigt.

2. Hackenfuss in Folge Lähmung des zweiköpfigen Wadenmuskels. Gleichzeitige Umknickung des Fusses nach aussen wegen Schwäche des tibialis anticus. Wieder wurde der Peroneus longus verwandt, aber in der Weise, dass er hinten schräg über den Unterschenkel geführt und innen an der Hacke festgenäht wurde, wodurch der Umknickung nach aussen entgegengewirkt wird.

3—5. Spitzklumpfüsse. Der gemeinsame Zehenstrecker und beide Wadenbeinmuskeln waren gelähmt. Der erhaltene vordere Schienbeinmuskel wurde längs gespalten, der seitliche Antheil abgelöst, frei gemacht, unter der Rückenhaut des Fusses zum Würfelbein geschoben und dort angenäht (s. o.). Merkwürdig ist, dass in zweien dieser Fälle die Kinder gelernt haben, die abgespaltene Muskelpartie gesondert zu bewegen.

6—8. Lähmungen des vierköpfigen Kniestreckers. Hier musste eine besondere Form des Verfahrens angewandt werden, denn die herangezogenen Sehnen des Biceps und Semitendinosus sind viel zu kurz. L. durchflocht die Sehnenenden mit starken Seidenfäden und führte diese zwischen Kniescheibe und Haut zur Rauhigkeit des Schienbeinkopfs, wo er sie annähte. Der Erfolg war gut. Die gehoffte Umwucherung der künstlichen Sehne mit Bindegewebe trat ein, wie aus der nachträglichen starken Verdickung des ehemals dünnen seidnen Stranges deutlich zu ersehen war. Der eine Operirte kann das Bein in fast gestreckter Stellung so lange schwebend halten, dass eine — dem Aufsatz beigefügte — Photographie davon gemacht werden konnte.

Die Orthopaedie im Dienste der Nervenheilkunde.

Von Prof. Albert Hoffa-Würzburg.
(Mitt. a. d. Grenzg., 1900 Bd. V H. 4/5.)

Die Nervenheilkunde ist nach Hoffa ein Grenzgebiet zwischen innerer Medizin und Chirurgie, insofern als Lähmungen und Krampfzustände durch orthopädische Massnahmen verschiedener Art gebessert, ja geheilt werden können.

Verf. berichtet sehr eingehend über seine Erfahrungen auf diesem Gebiete. Sie erstrecken sich auf Fälle von Veitstanz, Hysterie (Stimmbandlähmung, Schiefhals, Rückgratsverkrümmung, Krampf des Biceps), Gelenkneuralgieen, Neurasthenie, Schreibkrampf, Ischias, Zitterlähmung, Hirnblutung, Gesichtslähmung, Krampf im Gebiete des elften Hirnnerven, Entzündung der Vorderhörner des Rückenmarks, Lähmungs-Schiefhals, Wirbelsäulenverkrümmung in Folge von Muskel-Lähmung, Missformungen an den Gliedmassen nach Lähmungen, und auf verschiedene Rückenmarks- und Wirbelkrankheiten.

Wir können an dieser Stelle nicht die mannigfachen Einzelheiten wiedergeben, die bei der Behandlung in Betracht kommen, von der einfachen Elektrizität und Massage bis zu den komplizirtesten Stütz- und Lageverbesserungsapparaten und den orthopädischen blutigen Eingriffen. Ueber einen grossen Theil dieser in neuerer Zeit so vervollkommneten

Massnahmen ist ja auch bereits an dieser Stelle berichtet worden. Das Verdienst des hier vorliegenden Aufsatzes ist es weniger, wieder neue Methoden zu beschreiben, als den Nutzen der bisher bekannten auf einem zum grössten Theil früher hoffnungslosen Gebiete an einem imposanten Material und mit vortrefflichen Abbildungen auch dem Ungläubigsten zu beweisen.

Bei der Behandlung der reinen Neurosen scheint H. den Antheil, den die seelische Wirkung der von ihm angewendeten Stützapparate u. s. w. am Erfolge hat, auffallend gering zu schätzen. Er sagt das zwar nicht ausdrücklich, aber die Art der Darstellung lässt stark vermuthen, dass er auch bei der Behandlung von hysterischen Krämpfen und dergl. die orthopädischen Massnahmen für ein hauptsächlich körperlich wirkendes Heilmittel hält.

Zur traumatischen Entstehung von Epithelcysten.

Von W. Mintz in Moskau.
(Centr. f. Chir. 1900, No. 25.)

An den Fingern und der Hohlhand können sich in Folge von Verletzungen Cysten an der beschädigten Stelle bilden, die mit konzentrisch geschichtetem Epithel ausgekleidet sind und eine bald mehlige bald breiige Masse, die auch vereitern kann, enthalten. M. veröffentlicht vier neue Fälle dieser Art. Die Geschwülste hatten die Grösse einer Kaffeebohne bis Haselnuss. Sie entwickelten sich meist sehr allmählich, sodass sie erst 5 Monate bis $2\frac{1}{2}$ Jahre nach der Ursprungsverletzung zur Operation kamen. Zweimal waren Metallstücke eingedrungen, einmal eine Nadel — in diesem Falle soll die Geschwulst schon 3 Wochen nach der Verletzung bemerkt worden sein —, einmal war ein Hundebiss vorausgegangen, dessen Narbe noch sichtbar ist. Die Stelle der Geschwulst war die Daumenkuppe, die Hohlhand, die Vorderfläche des Grundgliedes vom Ringfinger, die Rückenfläche des Köpfchens vom dritten Mittelhandknochen. Die Ausschälung unter Cocain gelang jedes Mal anstandslos.

Ueber die nicht traumatische Knochenhautentzündung an den Unterschenkeln bei den Mannschaften des Heeres.

Von Oberstabsarzt Herhold-Altona.
(Deutsche militärärztliche Zeitschrift, Juni 1900).

Das Krankheitsbild, von welchem die vorliegende Arbeit handelt, gehört in gewissem Sinne in die Gruppe der Berufskrankheiten. Besonders während der militärischen Ausbildungszeit beobachtet man bei Soldaten Knochenhautentzündungen an den Unterschenkeln, für welche als alleinige Ursache das Marschiren verantwortlich zu machen ist. Die als „Marsch-Periostitis“ zu bezeichnende Krankheit kommt an allen Stellen des Schienbeines vor. Die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen bestehen in: Schmerzen beim Gehen und bei leichtem Druck auf das Schienbein, geringem Hautoedem, gleichmässiger oder höckeriger Auftreibung der vorderen Fläche oder der inneren Kante des Knochens, Schwellung der Weichtheile an der inneren Seite des Unterschenkels. Die Knochenauftreibungen bestehen nicht aus Osteophyten, sondern aus fibrösem Gewebe. Die Entzündung wird hervorgerufen durch die Zugwirkung des M. soleus und M. flexor digitorum communis; die weniger häufig vorkommende Knochenhautentzündung an dem Condylus internus des Schienbeines ist auf eine Zugwirkung der Oberschenkelmuskulatur zurückzuführen. Die Behandlung, die durchschnittlich vier Wochen in Anspruch nimmt, hat zu bestehen in vollkommener Bettruhe und Anwendung der Bierschen venösen Blutstauung, bezw. der Anwendung ableitender und resorbirender Mittel. Eine besondere Veranlagung für die Erkrankung ist nicht nachweisbar. —y.

Ueber Bauchmuskel-Zerreissungen.

Von Ass.-A. R. Rosenbaum-Spandau.
(D. Milit.-Ae. Zeitschr. 1900 H. 7.)

Dreimal konnte Verfasser Bauchmuskel-Zerreissungen beobachten. Immer waren die Betroffenen jüngere Soldaten, und die Ursache der Verletzung war in ungeschickten ruckweise ausgeführten Bewegungen zu suchen, die die Leute beim Aufsitzen ohne Bügel machten.

Der Trainsoldat L. sprang zu kurz vom Boden ab, wollte sich auf andere Weise am Pferde hocharbeiten; plötzlich empfand er einen heftigen Schmerz im Leibe. Dieser liess bald wieder nach. Dafür bildete sich eine harte scharf abgegrenzte Geschwulst von Apfelgrösse links ungefähr handbreit unter dem Nabel. Bei Rumpfbewegungen, die durch die Bauchmuskeln bewirkt oder unterstützt werden, waren Schmerzen vorhanden. Es wurde nur Bettruhe und örtliche Kälte verordnet. Nach 14 Tagen war L. völlig geheilt und that wieder Dienst. Eine derbe etwas eingezogene Quernarbe zeigte später die Stelle der früheren Verletzung. Es hatte offenbar Zerreissung des graden Bauchmuskels vorgelegen.

Ganz ähnlich bezüglich des Befundes war ein zweiter Fall, nur dass hier die Beschwerden längere Zeit kamen und gingen, ohne Krankmeldung zu veranlassen, bis sie endlich überhand nahmen.

Der äussere schräge Bauchmuskel zerriss einem andern Soldaten bei derselben Uebung. Anfangs war nur eine gut handgrosse allgemeine Anschwellung rechts oberhalb der Nabellinie nachweisbar. Die Beschwerden waren ziemlich gering, die Heilung ging rasch von statten. Später waren die deutlichen Spuren der ehemaligen Zerreissung in Gestalt eines schmalen etwas eingezogenen harten Stranges im Muskel zu fühlen. Dass gerade dieser Muskel betroffen wurde, erklärt sich vielleicht daraus, dass der Mann beim Aufschwingen den Körper nach rechts geworfen hat.

Dafür, dass Zerreissungen des geraden Bauchmuskels fast ausschliesslich im unteren Drittel ihren Sitz haben, macht Verfasser das Fehlen der hinteren Muskelscheide in diesem Theil verantwortlich.

Sicherlich mögen ähnliche Vorkommnisse auch in der civilen Unfallpraxis nicht fehlen. Die Kenntniss der günstigen Heilungsaussichten ist wichtig!

(Einen nach Abfassung dieses Referats zu unserer Kenntniss gekommener hierher gehöriger Streitfall s. S. 293.)

Ein Fall von Schusswunde des Unterleibs mit Beschädigung des Darms. Genesung ohne Operation.

Von B. Reissmann.
(The lancet, 10. März.)

Ein Fall von schwerer Schussverletzung des Leibes, der ohne Operation zur Heilung kam, gehört sicher zu den Seltenheiten. Der 31 jährige Soldat wurde Ende Oktober 1899 beim Heranrücken gegen den Feind in der Gegend von Elandslaagte durch den Schuss eines Mausergewehrs verwundet. Er verspürte plötzlich in der Gegend des rechten Hypochondriums einen brennenden Schmerz, der sich von Minute zu Minute so steigerte, dass der Verletzte bald vor Schwäche zu Boden sank, er musste erbrechen und das Erbrochene bestand aus reinem Blut in grösserer Menge. Er hatte zwei Wunden, die Einschussöffnung vorne rechts in der Lebergegend in der Höhe der neunten Rippe und die Ausschussöffnung rechts neben der Wirbelsäule etwas oberhalb des Beckens. Der Blutverlust aus den Wunden war ziemlich bedeutend. Erst nach einer halben Stunde wurde ihm von einigen Kameraden mit Hülfe eines alten schmutzigen Stücks Leinen ein Nothverband angelegt und erst nach sechs Stunden wurde er in ein benach-

bartes Landhaus verbracht, wo er zwei ganze Tage ohne ärztliche Hülfe, schlecht gelagert, zubringen musste. Erst als er mit der Eisenbahn nach dem Feldlazareth in Ladysmith überführt worden war, also vier Tage nach der Verwundung, wurde nach Abnahme des blutdurchtränkten alten Verbands der erste kunstgerechte Verband angelegt. Zu erwähnen ist, dass erst 18 Stunden nach der Verwundung zum ersten Mal ein auffallend dunkel verfärbter Urin entleert wurde und dass der Stuhlgang, welcher erst zwei Tage später abging reichlich Blut enthielt.

Die Wunde verheilte ohne Störung, ohne jede Eiterung, ohne Schwellung der Umgebung, der Leib war stets frei von allgemeinen Schmerzen und von pathologischer Dämpfung, von Resistenz oder Spannung, nur ein kleiner Bezirk in der Gegend der Einschussöffnung war schmerzhaft. Zehn Tage nach der Verwundung hat der Verletzte Fleisch und Gemüse ohne Beschwerden zu sich nehmen können. Den Weg der Kugel genau zu bestimmen, war nicht möglich, doch ist es wahrscheinlich, dass sie durch die Leber hindurchging, dass sie in die Bauchhöhle eindrang und Darmtheile des Verdauungstraktus schwer verletzt, womöglich durchbohrt hat. Dafür spricht vor Allem das Blutbrechen und die blutige Kothentleerung. Dass auch die Niere verletzt wurde, ist unwahrscheinlich.

Der Fall ist in Bezug auf die Behandlung jedenfalls lehrreich; man sieht, dass auch, wenn die Eingeweide ohne Zweifel verletzt sind, die Laparotomie nicht unbedingt nothwendig ist. Dies ist um so wichtiger, als gerade in Kriegszeiten manchmal die Hülfsmittel fehlen, um diese ernste Operation schnell und kunstgerecht auszuführen. Obwohl der erste Verband weder den Forderungen der Antisepsis noch der Asepsis am mindesten entsprochen hat, ist keinerlei Infektion zu Stande gekommen. Indessen gestattet ja ein einzelner Fall keine allzu weit gehenden Schlüsse.

Franz Meyer-Berlin.

Bubo und Trauma.

Von F. Rubinstein-Berlin.
(Arch. f. Unf.-Heilk. Bd. III, H. 2.)

Ein 22jähriger Mann hat vor zwei Jahren einen Tripper erworben, der nach acht Tagen angeblich geheilt war. Angeblich nach dem Mitheben einer schweren Last ist, wie der Untersuchte selbst aussagt, ganz plötzlich (!) eine Geschwulst in der Leiste entstanden, die für einen Bruch gehalten wurde. Sie war wenig schmerzhaft. R. untersuchte den Mann vier Wochen später. Er stellte eine Leistendrüsenentzündung fest, die er nach dem langsamen Verlauf und der geringen Schmerzhaftigkeit für einen Tripperbubo hielt.

Ob es wahrscheinlich ist, dass diese Geschwulst wirklich erst nach einer Verletzung entstanden ist, ob diese letztere überhaupt erfolgt ist, ob die Gonorrhoe thatsächlich so weit zurückliegt, wie der Untersuchte angiebt, ist nicht erörtert. Verf. glaubt den Satz aufstellen zu dürfen: Es ist der Erwähnung werth, dass ein Trauma bei bestehendem chronischen Tripper zum Anlass für das Auftreten von Spätbubonen werden kann. Auch betont er, dass man in solchen Fällen bezüglich der Unterscheidung zwischen Bubo und Leistenbruch irregeführt werden kann.

Die Beweiskraft der aus diesem Fall gezogenen Schlüsse soll durch einen zweiten erheblich erhöht werden:

Einem 23jährigen Schlosser sind angeblich wegen eines im Anschluss an Tripper entstandenen Bubo 1897 die rechtsseitigen Leistendrüsen herausgenommen worden. Er kommt zum Verf. mit der Angabe, seit acht Tagen, seit dem Mitheben an einer Last von zehn Centnern, „bemerke“ er eine beiderseitige Hodengeschwulst. Es findet sich eine Verdickung des Hodensackes nach Art der Elephantiasis und schmerzhafte Schwellung der linken Leistendrüsen. Auch hier wird der Zusammenhang zwischen Unfall und Elephantiasis ohne weitere Erörterung bejaht.

Zur Erklärung dieser beiden Fälle stellt R. sich vor, dass die beim Lastenheben eintretende Zusammenziehung der Bauchmuskeln eine Lymphstauung bewirkt hat, die die schlummernde Entzündung in den Leistendrüsen zum Wiederaufflammen gebracht hat.

Innere Medizin.

Ein Fall von enormer (übermannskopfgrosser) Blasenerweiterung mit vorwiegend dyspeptischen Symptomen.

Von Dr. Paul Cohnheim-Berlin,
(Allgem. medicin. Central-Zeitung No. 33, 1900.)

Wie wichtig es ist, bei allen Männern jenseits der fünfziger Jahre, wenn sie über dyspeptische Beschwerde klagen, auch die Harnorgane von der Untersuchung nicht auszuschliessen, erhellt aus dem vom Verfasser mitgetheilten Falle. Patient war lediglich wegen seiner Magenbeschwerden und Abmagerung behandelt worden. Bei der Untersuchung fand sich das Abdomen oberhalb der Symphyse stark vorgewölbt; man fühlte genau median eine übermannskopfgrosse Geschwulst prall elastisch, kugelig, nach oben bis in die Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz reichend, nach unten im kleinen Becken verschwindend, beiderseits etwa handbreit die Mittellinie überragend. Die Vorsteherdrüse war stark vergrössert. Es stellte sich heraus, dass es sich um die mächtig erweiterte Harnblase handelte. Bei Einführung des Katheters liefen $1^1/_2$ Liter Harn ab. Unter sachgemässer Behandlung, wie sie bei Prostatikern üblich, gingen auch die Verdauungsbeschwerden zurück. Auffallend war der Mangel an subjektiven, auf die Blase hindeutenden Beschwerden, sowie die Unempfindlichkeit des Organes gegen Druck. — y.

Ueber einige Wirbelerkrankungen traumatischen Ursprungs.

Von Dr. Hermann Schlesinger-Wien.
(W. med. W. 1900. No. 25.)

An erster Stelle nennt Verf. die Bechterew'sche Versteifung der Wirbelsäule. Eine Person wird durch schwere Gewalten, die unmittelbar auf die Wirbelsäule oder auf den Kopf, auf die Füsse wirken, verletzt. Anfangs ist die Verletzung nicht von grossen Beschwerden gefolgt. Im Laufe der Monate krümmt sich dann die Wirbelsäule nach vorn, und der Verunfallte merkt, dass er sich nach keiner Seite mehr so wie früher bücken kann. Die Erscheinung des Kranken ist dann recht auffallend: der Kopf ist auf die Brust gesunken, der Gang unsicher. Um zu sehen, was ringsum vorgeht, muss der Kranke immer den ganzen Körper wenden. Nicht selten spüren solche Kranke auch schmerzhafte Gefühle in verschiedenen Nervengebieten, besonders in denen der Zwischenrippen- und Hinterhauptnerven. Am Hinterhaupt entsteht durch Drücken und Kratzen nicht selten ein Ekzem. Die Schultergürtelmuskulatur magert etwas ab. Auch der Brustkorb wird durch Verknöcherung der Rippenwirbel- und Rippenkreuzbeingelenke steif, die Athmung daher erschwert. Ebenso verknöchert die Verbindung des Beckens mit dem Kreuzbein. Immer ist bei diesen Personen eine Verletzung vorhergegangen.

Als ganz andere Krankheit fasst S. die Marie'sche Spondylose rhizomélique, die chronische ankylosirende Steifigkeit der Wirbelsäule und der grossen Gelenke, auf Hier spielt seines Erachtens das Trauma keine Rolle. Die

Hüft-, Schulter- oder Kniegelenke, die bei dem ersten Typus immer frei bleiben, sind hier betheiligt, ja ihre Versteifung kann die Scene eröffnen. Meist schreitet auch jener Prozess von oben nach unten, dieser von unten nach oben vor.

Anatomisch ist kein wesentlicher Unterschied zu finden. Die Wirbelsäule bleibt auch nach Entfernung der Weichtheile steif wie ein Stück Holz und gekrümmt. Bald geschieht dies, weil die Wirbelränder gewulstet sind und einander umgreifen, bald, weil sich von einem Wirbel zum andern Knochenspangen gebildet haben oder einzelne Bänder oder die ganzen Bandapparate verknöchert sind. Die kleinen Gelenke sind verhältnissmässig wenig betheiligt.

Im Folgenden spricht Verf. über Dinge, die den Lesern dieser Zeitschrift von früheren Jahrgängen her bekannt sind: die Kümmell'sche Spondylitis traumatica; die Muskelspannungen, welche eine solche vortäuschen können; die Tuberkulose und die bösartigen Geschwülste der Wirbel nach Traumen.

Neurologie.

Ein Fall von Zerreissung des Armnervengeflechts.

Von Furnes Stewart und Maigo Collier.
(The lancet, 10. März.)

Ein Mann im Alter von 33 Jahren wurde Anfangs September 1899 in halb bewusstlosem Zustand in das North-West-London-Hospital aufgenommen. Er war anscheinend von seinem Wagen heruntergefallen, in dessen Nähe man ihn auf der Strasse liegend aufgefunden hatte. Da der Mann kein Trinker war, auch unmittelbar vor dem Unfall nicht getrunken hatte, nach den Angaben seiner Frau aber an epileptischen Anfällen litt, so nahm man mit Wahrscheinlichkeit an, dass er in einem epileptischen Anfall vom Wagen gestürzt war. Bei der Untersuchung im Krankenhause war der Kranke unruhig, benommen, in der linken Scheitelgegend fand sich eine oberflächliche Kopfwunde. Die rechte Pupille war kleiner als die linke, die rechte obere Extremität befand sich in dem Zustande vollkommener und zwar schlaffer Lähmung. Auf der rechten Körperseite, von der rechten Seite des Nackens und über die rechte Schulter bis vorne zur Achselhöhle sich erstreckend, sah man die Zeichen der Quetschung.

An Stelle der Unruhe trat erst ruhige Bewusstlossigkeit, nach wenigen Tagen kehrte das volle Bewusstsein zurück. Die Kopfwunde verheilte, aber der rechte Arm, die rechte Hand blieben unverändert gelähmt.

Auch 10 Wochen nach dem Unfall bestand noch, während der Verletzte frisch und gesund aussah, eine völlige Lähmung der rechten oberen Gliedmasse in Bezug auf Bewegung sowie Empfindung. In der Gegend der rechten Seite des Nackens bestand weder Schwellung noch Empfindlichkeit, nur passive Abduktion der rechten Schulter war schmerzhaft. Die rechte Pupille war 1 mm enger als die linke, die Reaktion auf Lichteinfall und Akkomodation war prompt, doch trat bei Verdunklung die Erweiterung der linken Seite schneller und deutlicher ein, als die der rechten. Das rechte Auge schien etwas eingesunken, die rechte Lidspalte war deutlich enger als die linke. Die Gehirnnerven und auch der ganze übrige Körper zeigten sonst weder motorische noch sensible Störung. Was nun die rechte obere Gliedmasse betraf, so bestand gegen Berührung, Schmerz und Temperatur vollkommene Unempfindlichkeit, nur am Oberarm waren zwei Streifen mit normaler Empfindung erhalten geblieben, der eine auf dem vorderen Theil des Oberarms in der Gegen des oberen Theils des zweiköpfigen Muskels, der andere an der Innenseite und Rückseite des Oberarms über dem dreiköpfigen Muskel. Das Muskelgefühl war am rechten Ellbogen, am Handgelenk und an den Fingern erloschen. Die Bewegungen des rechten Schulterblatts waren normal, der Säge-Muskel, der Rauten-Muskel waren nicht gelähmt, während der rechte Kappen-Muskel etwas schwächer war als der linke. Die rechte Schulter war abgeflacht, die obere Grätengrube ausgehöhlt, der rechte Oberarmknochen nach abwärts verschoben. Der breite Rückenmuskel war gelähmt. Auch konnten an dem betroffenen Arm die Sehnenreflexe nicht ausgelöst werden. Die gelähmten Muskeln zeigten auf faradischen Strom keinerlei Reaktion und bei der Untersuchung mit dem galvanischen Strom war die Erregbarkeit stark herabgesetzt und die Reaktion träge. Die Haut der rechten Hand war roth und zeigte Kongestion.

Der Befund und der weitere Verlauf sprachen deutlich gegen die Annahme einer Gehirnkrankheit in Folge der Verletzung, und für eine Verletzung der Nervenstämme. Als ein Stützpunkt für diese Annahme durfte die Erscheinung gelten, dass bei einem epileptischen Anfall 8 Wochen nach dem Unfall alle Gliedmassen mit Ausnahme des gelähmten Arms von Krämpfen befallen worden waren.

Die Verfasser sind der Ansicht, dass die Verletzung in der Weise stattgefunden hat, dass das Wagenrad über die rechte Schulter und den unteren Theil des Nackens gegangen ist. Als Anhaltspunkt für eine genauere Lokalisation der Verletzung dienten die Thatsachen, dass der Rauten- und hintere Sägemuskel verschont blieben, während alle anderen vom Armnervengeflecht versorgten Muskeln gelähmt worden waren und dass ferner, wie aus der oben beschriebenen Störung der Augen zu schliessen war, die mit dem ersten Brustnerven in Verbindung stehenden Fasern des Nervussympathicus in Mitleidenschaft gezogen worden waren. Franz Meyer-Berlin.

Isolirte atrophische Lähmung des N. musculocutaneus, nebst Bemerkungen über compensatorische Muskelthätigkeit.

Von Dr. Aug. Hoffmann-Düsseldorf.
(Neur. Centr. 1900. No. 12.)

Ein 36 jähriger Arbeiter H. hatte seit zwei Jahren vorzugsweise eine bestimmte Arbeit verrichtet: er musste Kohlenkörbe von einem Schiff in ein anderes tragen. Hierbei trug er den Korb immer auf der linken Schulter und hielt ihn oben mit dem rechten Arm, während die linke Hand in die Hüfte gestützt war. Plötzlich traten ohne äussere Veranlassung Schmerzen im rechten Oberarm auf. Diese vergingen, H. konnte wieder arbeiten, aber die Kraft des Armes hatte nachgelassen und wurde nicht mehr die alte. Der Oberarm magerte ab.

Etwa sieben Monate nach der ersten Erkrankung bildete der zweiköpfige Armbeuger nur noch einen dünnen Strang und war deutlich verkürzt, aber auch vom inneren Armbeuger war wenig mehr zu fühlen. Vorder- und Seitenfläche des Oberarmknochens waren dicht unter der Haut abzutasten. Faradisch war von den beiden Beugern nur das äussere Bündel des Brachialis internus erregbar, galvanisch wurde Entartungsreaktion erzielt. Der Unterarm und am Oberarm die Strecker sowie der Musculus coraco-brachialis waren unverändert. Die Beugung des Arms konnte sowohl bei aufwärts als bei abwärts gedrehter Handfläche vollzogen werden, freilich mit geminderter Kraft. Hierbei zog sich das erhaltene äussere Bündel des inneren Armbeugers und der Supinator longus kräftig zusammen. Das Hautgefühl war an der Speichen- und Beugeseite des Unterarms auf einem schmalen Streifen herabgesetzt.

Die Deutung ist einfach: Es liegt eine Lähmung des den Musculus coraco-brachialis durchbohrenden, aber nur theil-

weise versorgenden, den Biceps und das innere Bündel des brachialis internus allein innervirenden und mit seinen Empfindungsfasern auf den Speichenrand des Unterarms ausstrahlenden Nervus musculo-cutaneus (Perforans Casseri).

In der Literatur konnte H. bis jetzt sieben Fälle von Lähmung dieses Nerven finden, aber meist war die Lähmung weder so vereinzelt noch so vollständig, nie der Muskelschwund so ausgiebig, die meisten Fälle heilten. In allen anderen Fällen handelte es sich um mehrweniger ausgesprochene einmalige Verletzungen, während hier nur die Wahl zwischen Ueberanstrengung oder unbekannter innerer Ursache bleibt.

Für den Unfallgutachter ist es sehr bemerkenswerth, dass der Supinator longus die eigentlichen Beugemuskeln weit genug ersetzt, um dem Erkrankten ziemlich schwere Arbeit zu ermöglichen, sodass H.'s Kranker Monate lang der Krankheit keine grosse Bedeutung beimass.

Ueber die vicariirende Funktion der bei vollkommener Lähmung der eigentlichen Vorderarmbeuger in Thätigkeit tretenden, von den Condylen des Oberarms entspringenden Muskeln.

Von Prof. M. Bernhardt.
(Neur. Centr. 1900. No. 12.)

Ein Mann, der durch Schulterquetschung eine „Erbsche Lähmung" davongetragen hatte, zeigte Aufhebung der Brauchbarkeit des rechten Muskulus Deltoides, biceps, brachialis internus, supinator longus und brevis, Infra- und supraspinatus. Dennoch war er im Stande, den Unterarm im Ellbogengelenk, wenn auch kraftlos, zu beugen, jedoch nur bei nach oben gedrehtem Handrücken. Es sind die vom inneren Rollhügel entspringenden Muskeln, der pronator teres, der flexor carpi ulnaris insbesondere, die diese Möglichkeit gewähren. Man fühlt ganz deutlich, wie bei aktiver Beugung diese Muskeln sich zusammenziehen und einen scharf vortretenden Wulst bilden.

B. hat diese Ansicht schon früher ausgesprochen, es ist ihm jedoch entgegengehalten worden, dass auf Grund anatomischer Verhältnisse nicht die am inneren, sondern die am äusseren Rollhügel entspringenden Muskeln, vor Allem der Extensor carpi radialis longus bei dieser Beugung betheiligt sind. Auf Grund seines neuen Falles fühlt B. sich umsomehr berechtigt, bei seiner früheren Ansicht zu bleiben.

Poliomyelitis anterior chronica in Folge peripherer Verletzung.

Von Dr. Huth, Arzt in Prenzlau.
(Mon. f. Unf. 1900. No. 5.)

Ein älterer Landwirth, ein gesunder und kräftiger Mann, trat sich einen Nagel in die linke Sohle. Es entwickelte sich eine tiefgreifende Entzündung, die langsam mit starker Narbe heilte. Schmerzen von der verletzten Stelle aus blieben zurück. Nach einer Reihe von Monaten wurde das linke Bein unbehilflich, sehr bald so schwach, dass der Mann es kaum noch vom Boden aufheben konnte. Gleichzeitig bestand Gefühl von Kälte und Taubheit in dieser Gliedmasse. Wieder wenige Monate später wurde von der Lähmung in geringerem Grade das rechte Bein ergriffen.

Als Verf. den Kranken sah, war dieser abgemagert und konnte sich nur mühsam, die Füsse kaum vom Boden abhebend, mit einem Stock und von einem Begleiter unterstützt, fortbewegen. Die Muskeln der unteren Gliedmassen waren völlig schlaff und beträchtlich abgemagert, besonders an den Unterschenkeln, am linken Oberschenkel mehr als am rechten. Die Beugung des Oberschenkels gegen den Rumpf war in liegender Stellung möglich, die gleichzeitige Streckung des Kniees durchaus nicht. Von der aktiven Beugung und Streckung im Knöchelgelenk war ein Rest vorhanden, von den Drehbewegungen des Fusses nicht. Der seitliche Fussrand hing herab. Die faradische Reizung gelang am besten am rechten Oberschenkel, schwächer war die Stromwirkung am linken Oberschenkel, nur spurweise vorhanden beiderseits am Unterschenkel im Bereich der Schienbeinnerven und ganz erloschen im Bereich der Wadenbeinnerven. Entartungsreaktion fand am linken Oberschenkel und den Unterschenkeln statt. Die Haut der unteren Gliedmassen war blass, an den abhängigen Theilen bläulich, welk. Das Empfindungsvermögen war rechts am Unterschenkel und Fuss, besonders an der Sohle, herabgesetzt, links in noch höherem Masse und schon von der Gesässgegend an. Der Kniereflex war beiderseits, besonders rechts, sehr lebhaft, der Achillessehnenreflex ist schwach, die Cremasterreflexe sind schwach.

Verf. erkannte den Zusammenhang der Nervenkrankheit mit dem Unfall an, Thiem als Obergutachter schloss sich ihm an.

Die Diagnose ist sehr zweifelhaft. Das Fehlen von Faserzuckungen in den gelähmten Muskeln, das Vorhandensein von Empfindungsstörungen, die Lebhaftigkeit des Kniereflexes auch auf der linken Seite — das alles verträgt sich mit der Poliomyelitis anterior chronica, der Entzündung der grauen Vorderhörner des Rückenmarks, schlecht.

Gutachten über einen Fall von Gliom des Gehirns mit tödtlichem Ausgange in Folge von Kopfverletzung nach ca. $10^1/_2$ Jahren.

Von Dr. Uhlemann-Altenburg.
(Mon. f. Unf. 1900, No. 6.)

Ein Mann, der 1887 einen heftigen Schlag auf den Kopf mit Risswunde und leichter Eindrückung des Schädels erlitten hat, nach 3 Wochen aber wieder arbeitsfähig war, soll seitdem viel über den Kopf geklagt haben. Es ist festgestellt, dass er 1892, 96, 97 und 98 wiederholt wegen Beschwerden, die der behandelnde Arzt als neuralgisch oder neurasthenisch auffasste, behandelt worden ist. 1895 wurde bereits Unsicherheit beim Gehen, Steigerung des Kniereflexes und Romberg'sches Zeichen festgestellt. 1897 ging es besser, 1898 traten die Erscheinungen der Hirngeschwulst deutlich hervor, die im April gemachte Sektion ergab ein Gliom.

U. führt in seinem Gutachten, das den Zusammenhang zwischen Verletzung und tödtlicher Krankheit bejaht, u. A. an, dass Gerhardt in 10 von 60 fremden und 4 von 11 eignen Beobachtungen Verletzungen als Ursache von Gliomen angegeben fand. Er berichtet über andere Fälle mit ähnlich langsamem Verlauf und wird den überleitenden Beschwerden gerecht.

Das Schiedsgericht schloss sich diesem Gutachten an, ein Gegengutachten wurde von der Berufsgenossenschaft vorgelegt, worauf das Reichsversicherungsamt einen Obergutachter ernannte, der im Sinne U.'s die Entscheidung gab.

Augen.

Klinische Erfahrungen mit dem starken (Haab'schen) Elektromagneten.

Von Prof. Dr. Hermann Knapp.
(Arch. f. Augenheilk. XL. S. 223—38. 1899.)

Verf. reiht den bisher in Amerika über die Anwendung des starken Elektromagneten veröffentlichten 15 Fällen 13

neue aus seiner eigenen Praxis an. Die erste Gruppe umfasst zwei Fälle von Eisenstückchen in der vorderen Kammer. Bei dem einen der beiden Kranken gelang es, durch Annähern des grossen Magneten an das Auge, den Eisensplitter durch die in der Hornhaut gelegene Einbruchspforte zu entfernen. Es erfolgte Heilung mit voller Sehschärfe. Drei weitere Fälle betreffen Augen, in deren Tiefe sich eiserne Fremdkörper befanden, welche jedoch von dem grossen Magneten nicht herausgezogen wurden, da sie in dichtes Gewebe eingebettet waren, wie die Enucleation ergab. Es folgt die dritte Gruppe: „eiserne Fremdkörper vermuthet.“ In dem hier angeführten Falle lag eine perforirende Hornhautwunde mit Iriseinlagerung vor. Da der grosse Magnet keinen Fremdkörper anzeigte, wurde trotz heftiger Iritis mit Hypopyon, welche allerdings erst 26 Tage nach der Verletzung auftrat, kein operativer Eingriff vorgenommen. Es erfolgte schliesslich Heilung mit $S = {}^{2}/_{3}$. In der letzten Gruppe werden sieben Fälle beschrieben, in welchen Eisensplitter von dem grossen Magnet angezeigt und ausgezogen wurden. Es gelang öfter, den Fremdkörper um den Linsenrand herum in die vordere Kammer zu ziehen und durch einen Hornhautschnitt zu entfernen. Einige der Augen erlangten eine gute Sehschärfe wieder, bei anderen konnte nur der erblindete Augapfel erhalten werden, in einem Falle musste der Bulbus nachträglich enucleirt werden. Der kleine Magnet war in einigen dieser Fälle vorher vergeblich in das verletzte Auge eingeführt worden. Groenouw.

Argyrosis der Conjunctiva bei Protargolgebrauch.

Von Dr. E. Pergens-Brüssel.
(Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde, 1900, S. 256-257.)

Verf. sah bei Personen, welche längere Zeit eine 2 % Protargollösung in den Bindehautsack einträufelten Argyrose der Conjunctiva entstehen. Es kann bei durchaus vorschriftsmässigem Gebrauch der genannten Lösung, dreimal täglich 2 Tropfen, schon nach 5—6 Wochen eine deutliche Verfärbung der Bindehaut eintreten. Verf. glaubt, dass namentlich zersetzte, dunkelbraun gewordene Lösungen diese Wirkung haben. Groenouw.

Hygiene.

Tubercle Bacilli in milk, butter and margarine.

H. E. Annett.
The Lancet 20. Jan. 1900.

Der Autor hat seine Untersuchungen zum Theil im Koch'schen Institut in Berlin, zum Theil in dem Thompson-Yates-laboratorium in Liverpool gemacht. In Betreff des Vorkommens der Tuberkelbazillen in der Milch und der Butter referirt er nur die bekannten Arbeiten, welche früher in deutschen und englischen Zeitschriften veröffentlicht worden sind. Seine eigenen Untersuchungen beziehen sich ausschliesslich auf Margarine. Bei der Herstellung der Margarine kann die Infektion derselben auf mehrfache Weise zustande kommen: Erstens von dem Thier her, welchem das verwendete Fett entstammt, zweitens von der zugesetzten Butter und der zugesetzten Milch, drittens von tuberkulösen Arbeitern, welche bei der Anfertigung der Margarine mit dieser in Berührung kommen. Die Versuche wurden mit Meerschweinen angestellt. Es wurde jedesmal einem Paar derselben 5 Kubikcentimeter Margarine, welche durch Erwärmen auf 45 bis 50° C. zum Schmelzen gebracht worden war, in die Bauchhöhle gespritzt. Im Ganzen wurden 28 brauchbare Versuche gemacht, 15 in Berlin 13 in Liverpool. Nur in einem Falle in Liverpool wurde der virulente Koch'sche Tuberkelbacillus nachgewiesen. In einem Falle in Berlin fand sich in den Organen des Meerschweins ein Bacillus, der dem Tuberkelbacillus sehr ähnlich war in seinen Eigenschaften und in den Veränderungen, welche er in den Organen des Thieres hervorbrachte, ganz ähnlich dem Bacillus der Pseudotuberkulose war, wie er schon früher bei den Untersuchungen der Butter auf Tuberkelbazillen von Rabinowitsch beschrieben worden war. Die Versuche von Anett waren in der Weise angestellt worden, dass die geimpften Thiere insgesammt etwa 8 bis 10 Wochen nach der Impfung getödtet und dann die Organe auf Tuberkulose untersucht wurden. Franz Meyer-Berlin.

Die Reinigung des Wassers für häusliche und gewerbliche Zwecke.

Von Dr. O. Kröhnke.
(Samml. chem. u. chem.-technisch. Vorträge. 3—5 H., 5. B. 1900.)

Nach einer kurzen Kennzeichnung der verschiedenen Wasserarten (Grund-, Oberflächen-, Meerwasser etc.) bespricht Verfasser zunächst in ausführlicher Weise die allgemeinen Reinigungsmethoden, die Anwendung mechanischer Verfahren zur Entfernung suspendirter Stoffe aus dem Wasser (Sedimentation, Filtration), die Anwendung physikalischer Verfahren zur Ausscheidung gelöster Stoffe aus dem Wasser und schliesslich die chemischen Methoden der Wasserreinigung (direkte und indirekte Fällung, Drydation). Die zweite Hälfte der Arbeit ist der Erörterung der Reinigung des Wassers für besondere Zwecke gewidmet. (Häuslicher Gebrauch, Wasser für Kesselspeisezwecke, für die verschiedenen Fabrikationszwecke, wie Brauereien, Färbereien, Zucker-, Stärkefabriken u. s. w.). Den Schluss der mit zahlreichen guten Abbildungen versehenen Arbeit bildet eine Besprechung der „Wasserreiniger“ in ihren verschiedenen Ausführungen. — y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Versammlung deutscher Bahnärzte zu Baden-Baden.

23. und 24. Juni 1900.

Am 23. Juni 9 Uhr Vorm. fand eine Sitzung des Ausschusses des Vereins deutscher Bahnärzte statt. In derselben waren anwesend: für Berlin: Braehmer, Königsberg: Löwenthal, Danzig: Davidson, Bromberg: Augstein, Breslau: Wronka, Kattowitz: Kober, Stettin: Heiligtag, Halle: Sattlow und Herzfeld, Erfurt: Voigt, Magdeburg: Broese und Hager, Essen: Wahl, Redeker, Berns, Cassel: Bode, Frankfurt a. M.: Käss, Mainz: Ambrosius, Reichslande: Eilers, für Baiern: Zeitlmann und Stich, für Baden: Blume, für Württemberg: Beck.

Braehmer Vorsitzender, Hager Schriftführer.

Der Vorsitzende macht zunächst geschäftliche Mittheilungen.

In Posen hat sich vor Kurzem ein Bahn - Aerzte - Verein auf Veranlassung der Eisenbahn-Direktion gebildet. In Münster-Hannover und Altona steht die Bildung von Vereinen noch aus, dürfte aber demnächst erfolgen, so wie auch hoffentlich bald im Königreich Sachsen.

Der Kassenführer Schwechten ist nicht anwesend. Der Kassenbestand beträgt zur Zeit 356 Mark, die Geschäftsführung soll, so wird beschlossen, das Recht haben, den künftigen Beitrag schon vorher einzuziehen, falls durch diesen Kongress in Baden ein Defizit entstehen sollte.

Ein Antrag der Eisenbahn-Direktion Breslau, dass in Zukunft Obergutachten einer Kommission, aus drei Bahnärzten bestehend, übertragen werde, ist dadurch als erledigt anzusehen, dass ein dahin gehender Antrag des Ausschusses bereits besteht und an massgebender Stelle erörtert wird.

Diese Erörterung erstreckt sich auch darauf, ob die betreffende Kommission nicht zweckmässig durch den Vorstand der bahnärztlichen Vereine gebildet werde. Aehnliche Einrichtungen bestehen bereits, wie von einzelnen Anwesenden bestätigt wird.

Ein Antrag Kattowitz will bei Entbindungen nicht nur den Bahnarzt, sondern auch den etwa nothwendigen Assistenten mit 15 Mark honorirt wissen. Der Antrag konnte aus einem äussern Grunde nicht zur Beschlussfassung gelangen, fand aber Beifall und wird an geeigneter Stelle angeregt werden.

Bezüglich der Abhaltung eines internationalen hygieinischen Eisenbahn-Kongresses im Jahre 1901 berichtet Zeitlmann, dass die Stimmung der Münchener und Nürnberger Bahnärzte derselben zur Zeit nicht günstig sei.

Nach längerer Debatte, bei welcher von allen Seiten betont wird, dass die Theilnahme unserer Behörden noch mehr gewonnen werden müsse, ehe man die Vertreter des Auslandes einladen könne, beschliesst der Ausschuss nach sorgfältiger Erwägung mit Rücksicht auf die vorhandenen Schwierigkeiten zur Zeit von der Abhaltung eines internationalen Eisenbahn-Kongresses in Deutschland abzusehen: er wird aber zu gelegenerer Zeit und namentlich dann, wenn dringende Fragen internationaler Art vorliegen mit Vorschlägen zu einem internationalen Eisenbahn-Aerzte-Kongresse vorgehen.

Ferner einigt man sich dahin, den nächsten deutschen Bahnärztetag geeigneten Falls 1902 in München stattfinden zu lassen.

Der Vorsitzende hat ein Schreiben der Königlichen Eisenbahn-Direktion erhalten, worin er aufgefordert wird, die Erfahrungen und Ansichten der Bahnärzte der einzelnen Direktionen über die Infektionsgefahr beim Gebrauche derselben Signalhörner durch verschiedene Personen zu erforschen.

Man war einstimmig der Ansicht, dass eine solche Gefahr nicht nur in Bezug auf Tuberkulose sondern auch auf andere Krankheiten vorläge und einigte sich zur Beseitigung dieser Gefahr auf folgenden gutachtlichen Beschluss:

Die Versammlung, über die Möglichkeit einer Infektion durch Signalhörner und die Verhütung derselben befragt, spricht sich einstimmig dahin aus, dass die beste Sicherheit gegen eine Infektionsgefahr durch die Anschaffung von besonderen Signalhörnern für jeden Bediensteten gewährleistet ist; doch hält sie auch Wechselmundstücke für genügend, vorausgesetzt, dass eine Garantie geboten ist, dass diese Wechselmundstücke auch benutzt werden.

Ein Antrag von Beck (Württemberg) betr. Anschaffung einer eisenbahnärztlichen Zeitung, welche alle dahin schlagenden Fragen behandeln, alle Verhandlungen bringen und jedem Bahnarzt zugesandt werden soll, wird dahin abgeändert, dass die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ durch Rücksprache des Vorsitzenden mit dem Redakteur ersucht werden soll, jedem Bahnarzte ein Exemplar der Zeitungs-Nummer, in welcher ein Artikel bahnärztlichen Inhalts steht, zugehen zu lassen, zugleich aber auch, damit solche Exemplare nicht unbeachtet bleiben, sie aussen durch eine besondere Auszeichnung wie „bahnärztliche Mittheilung enthaltend“ u. s. w. kenntlich zu machen. Es wird erwartet, dass von den Kollegen dafür so weit als möglich für Verbreitung und Abonnement des Organs gesorgt wird.

Bez. der Honorar-Verhältnisse erwähnt Brähmer, dass das Honorar für die Atteste behufs Anstellung von Arbeitern und Hilfsarbeitern als Beamte in Zukunft von der Eisenbahnbehörde getragen werde. Ueber die Höhe des Honorars schweben noch Erwägungen.

Den Ausführungen des Kollegen Kaess-Frankfurt gegenüber, welche die Unzulänglichkeit der Honorirung betrafen, macht Brähmer auf die Verhandlungen und Beschlüsse der letzten Ausschusssitzung in Berlin im März d. J. aufmerksam.

Zu einem Einheitssatz in der Honorirung, wie ihn noch viele Aerzte erstrebten, werde es bei der grossen Verschiedenheit der Verhältnisse nicht kommen; doch habe die veranstaltete Enquète ergeben, dass ein Theil der Bahnarztgehälter auffallend niedrig sein. Es sei daher Sache der einzelnen Direktionen, eine Aufbesserung der Gehälter dort zu bewirken, wo die Honorar-Verhältnisse solche abnorm niedrigen sind. Eine solche Aufbesserung sei jetzt angebahnt. Schluss gegen 1 Uhr.

Nachmittags $2^1/_2$ Uhr. Sitzung der Versammlung deutscher Bahnärzte im neuen Saale Louis XIII des Konversationshauses.

Eröffnung und Begrüssung durch den Geschäftsführer und Vorsitzenden des Badischen Bahnärzte-Vereins Blume-Philippsburg.

Er wirft einen Rückblick auf die Geschichte und den Fortgang unserer Bestrebungen.

Es erfolgt die Konstituirung des Bureaus, Brähmer-Berlin wird zum ersten, Zeitlmann-München zum zweiten Vorsitzenden ernannt. Zu Schriftführern Hager-Magdeburg und Beck-Mengen, Württemberg.

Im Namen der badischen Regierung begrüsst die Versammlung Staatsrath von Eisenlohr und er betont das Interesse, welches das badische Eisenbahn-Ministerium den Bestrebungen der Bahnarzt-Vereine entgegenbringe. Bürgermeister Füsser und Hofrath Dr. Obkircher begrüssen die Versammlung im Namen der Stadt und der Aerzte von Baden-Baden. Von den Begrüssungen auswärtiger Aerzte und Vereine erwähnen wir die telegraphische des Chefarztes der ungarischen Bahnen, Ritter von Czatary aus Buda-Pest. Brähmer antwortet dankend auf diese Begrüssungen und geht dann zu den geschäftlichen Mittheilungen über, indem er bekannt giebt, was in den beiden Ausschusssitzungen in Berlin und Baden beschlossen ist. Diese Beschlüsse finden die Billigung der Versammlung.

Es folgen die drei sich auf das Thema Tuberkulose beziehenden Vorträge. Dieselben werden ausführlich in den demnächst erscheinenden „Verhandlungen der 4. Versammlung deutscher Bahnärzte zu Baden-Baden“ zum Abdruck gelangen.

1. Geh. San.-Rath Dr. **Brähmer**: Mittheilungen und Gedanken über die Tuberkulose-Kongresse in Berlin und Neapel.

Der neuerdings aufgenommene Kampf gegen die Tuberkulose hätte zunächst einen zusammenfassenden Ausdruck gefunden in dem Tuberkulose-Kongress zu Berlin Mai 1899, als dessen Fortsetzung der diesjährige Kongress zu Neapel betrachtet werden könnte. Indem er kurz hierüber und über die Tuberkulose-Vorlesungen für Bahnärzte in der Berliner Charitée berichte, hoffe er am besten die heutigen Verhandlungen einzuleiten.

Während die übrigen Unterabtheilungen des Kongresses für Alle das gleiche Interesse hätten, käme für die Verkehrshygiene als eigenartig nur die Prophylaxe in Betracht. Dieselbe sei denn auch in Berlin von Rubner, in Neapel von Sanarelli und ihm besprochen worden. Nach seiner Ansicht dürfe die Ausbreitung der Tuberkulose im Eisenbahnverkehr nicht überschätzt werden, dagegen spräche sowohl die Erfahrung der Praktiker als auch die, allerdings unvollkommene Statistik. Zur Verhütung schlage er vor, häufige Reinigung,

Lüftung, Desinfektion der Eisenbahnwagen, Dienst- und Warteräume, Verbot des Ausspuckens, unterstützt durch Aufstellung von Spucknäpfen, Fernhalten aller Teppiche und Faserstoffe, Vorziehen der glatten Stoffe vor den Plüschstoffen, Desinfektion der Wagen oder der einzelnen, zum Herausnehmen eingerichteten Theile durch strömenden Dampf oder durch chemische Desinfektionsmittel u. s. w. Ein weiteres Eingehen auf diese Punkte erwarte er schon von den heutigen Verhandlungen. Die Kongresse hätten vor allen Dingen das Gute gehabt, eine, für die ganze Menschheit wichtige Frage in Fluss zu bringen sowie das Verständniss und Interesse an derselben wach zu erhalten.

2. Dr. **Zeitlmann**-München: Die Tuberkulose bei den Eisenbahnbediensteten.

Die Mittheilungen Z.'s stützen sich auf das sehr vollständige und zuverlässige Material der bayrischen Eisenbahnstatistik.

Krankheiten der Athmungsorgane überhaupt bedingten in Bayern nur 15 Prozent der Mortalität. Die Ziffer für Tuberkulose bewegt sich in allen Jahren erheblich unter der Tuberkulose-Mortalitätsziffer der Gesammtbevölkerung, was dadurch leicht erklärlich wird, dass man es mit einem ausgesuchten Menschen-Material zu thun hat. Im letzten Jahrzehnt ist die Tuberkulose-Ziffer erheblich zurückgegangen. Die Erkrankungshäufigkeit bei den einzelnen Beamtenkategorien ist eine sehr verschiedene. Bahnwärter sind am günstigsten daran, das Bureaupersonal am ungünstigsten. Zwischen diesen beiden entgegengesetzten Polen bewegen sich die übrigen Beamtenklassen. Die Erkrankungsziffer der Eisenbahnschaffner ist eine günstige. Sie würde dagegen sprechen, dass der Verkehr mit den Reisenden, unter welchen doch vielfach tuberkulöse Passagiere sich befinden, als gesundheitsschädliches Moment irgend eine Bedeutung hat. Bremser und Heizer erkranken seltener als die Kondukteure.

Der Dienst in freier Luft und vorgeschritteneres Alter sind gesundheitsförderliche Momente in Bezug auf Tuberkulose.

Auch der Aufenthalt in Wohnungen, in welchen vorher tuberkulöse Kranke gewohnt haben und gestorben sind, scheint nach Z.'s Aufstellungen sich nicht als gefährlich zu erweisen: ein Beweis dafür, dass die angewandte Reinigung doch zu genügen scheint. Aehnliche Erfahrungen wie diese soll man in Oesterreich gemacht haben.

San. Rath Dr. **Hager**-Magdeburg: Ueber die Vornahme bakteriologischer Sputum-Untersuchungen Seitens der Bahnärzte.

Der Vortr. erwähnt, wie an die Bahnärzte des Direktionsbezirks Magdeburg im vergangenen Jahre seitens der Direktion die Aufforderung gerichtet sei, in zweifelhaften Erkrankungen der Athmungsorgane den Auswurf bakteriologisch zu untersuchen. Auf die einstimmige Vorstellung der Vorstandsmitglieder des Vereins, welche die Schwierigkeiten betonte, welche diese Massregel zur Zeit noch finden würde, würden diese Auswurfuntersuchungen, so oft sie sich als nothwendig erweisen sollten, dem Berliner medic. Waarenhause übertragen. Soll dies so bleiben?, so fragt der Vorsitzende, oder soll der Bahnarzt der Zukunft im Stande sein und sich verpflichten, einfache bakteriologische Untersuchungen, die seine Behörde von ihm fordert, selbst zu machen? H. möchte diese Frage entschieden bejahen. Er legt in ausführlicher Weise dar, dass der Verkehr auf Eisenbahnen wahrscheinlich eine viel grössere Rolle in der Verbreitung der Tuberkulose spielt, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist und geht genauer auf einen Vortrag Sanarellis auf dem Tuberkulose-Kongress zu Neapel: „Ueber die Verbreitung der Tuberkulose durch den Eisenbahn-Verkehr" ein. An diesen Vortrag schliesst er eine Demonstration der bakteriologischen Untersuchung verschiedener Tuberkelbazillen enthaltender Sputa an, zum Beweise, dass diese Art der Untersuchung sich jetzt erheblich einfacher gestalte als manche der Herrn Kollegen glauben und dass auch die Fehlerquellen, meist theoretisch konstruirt, für die Praxis wenig in Betracht kommende sind.

Die fast eine Stunde dauernde Disskussion über die Vorträge und die durch sie angeregten Fragen war eine sehr lebhafte und anregende.

Der Vorsitzende fasste schliesslich das Resultat derselben in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Versammlung ist der Ansicht, dass die Eisenbahnverwaltungen in dem Kampf gegen die Tuberkulose nicht zurückstehen dürfen.

2. Dass aus den heutigen Vorträgen und ihrer Diskussion der Mangel einer zuverlässigen Statistik bei der Mehrzahl der Eisenbahn-Verwaltungen hervorgeht und die Eisenbahn-Verwaltungen ersucht werden sollen, solche wenigstens bezüglich der Tuberkulose anzubahnen.

3. Dass die Bahnärzte mit der Kenntniss des Betriebes auch die Ergebnisse aller neueren ätiologischen und diagnostischen Momente in Bezug auf Verbreitung der Tuberkulose beherrschen müssen.

Den Verhandlungen folgte um 6 Uhr ein Festessen, darauf um 10 Uhr ein Reunion-Ball in den bekannten klassischen Sälen des Konversationshauses.

Am Sonntag den 24. fand seitens des Hofraths Dr. Obkircher die Demonstration des Friedrichsbades, des Kaiserin-Augusta-Bades, des Landesbades und aller in denselben befindlichen Kurmittel Badens statt; namentlich interessirte der elektrisch geheizte Tallermann'sche Schwitzapparat, in welchem kranke Glieder einer Temperatur bis zu 150° C. ohne alle subjektive Belästigung ausgesetzt werden können und die Erfahrungen Obkircher's über die Wirkungen desselben; nicht minder fanden die vorzüglichen Zerstäubungs- und Inhalations-Vorrichtungen, die reichhaltigen medicomechanischen Institute, die elektrischen Bäder und die in ihrer luxuriösen äusseren Ausführung einzig dastehenden Badeeinrichtungen den ungetheilten Beifall aller Theilnehmer.

Das am Nachmittag folgende Promenaden-Konzert, der Ausflug auf das Schloss Hohen-Baden, die festliche Beleuchtung des Konversationshauses und die italienische Nacht werden allen Betheiligten in dankbarer, leuchtender und dauernder Erinnerung bleiben. Hager-Magdeburg.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Unfall und Invalidität.

Rek.-Entscheidung vom 7. März 1900.

Gegen ein Urtheil des Schiedsgerichts hatte der Kläger K. rechtzeitig die Revision eingelegt und beantragt, ihm die Invalidenrente auch über den 7. September 1898 hinaus zu gewähren. Das Reichs-Versicherungsamt hob auch die Vorentscheidung aus folgenden Gründen auf: Wenn der Kläger lediglich in Folge des am 8. Juni 1898 erlittenen Betriebsunfalls erwerbsunfähig geworden ist und auf Grund dieses Zustandes Unfallrente bezieht, so findet § 9 Abs. 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes auf den erhobenen Invalidenrentenanspruch Anwendung. Der Kläger kann dann also nur insoweit die Invalidenrente verlangen, als diese die gewährte Unfallrente übersteigt. Dasselbe gilt — entsprechend

dem jener Vorschrift zu Grunde liegenden Gedanken, wonach eine doppelte Berücksichtigung desselben Schadens ausgeschlossen sein soll — auch dann, wenn neben den eigentlichen Unfallfolgen andere Leiden, welche bereits vor dem Betriebsunfall bei dem Versicherten bestanden, zur Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit mitgewirkt haben und bei der Festsetzung der Unfallrente mit berücksichtigt sind. Sind die Unfallfolgen oder sonstige Schäden des Versicherten einmal bei Gewährung der Unfallrente berücksichtigt worden, so kann der Unfallverletzte sich — abgesehen von späteren Verschlimmerungen — im Invalidenrentenverfahren auch nicht mehr darauf berufen, dass sie in ihrer Wirkung auf seine Erwerbsunfähigkeit zu seinen Gunsten zu gering geschätzt sind. Wenn jedoch solche anderen Leiden bei der Festsetzung der Unfallentschädigung überhaupt nicht berücksichtigt worden sind oder sich nachträglich verschlimmert haben, oder wenn andere Schäden überhaupt erst nach dem Unfall und unabhängig von ihm hervorgetreten sind, so trifft auf die nach dem Gesammtzustande des Versicherten vorliegende Erwerbsunfähigkeit nicht § 9 Abs. 2 Satz 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes oder § 15 Abs. 2 Satz 2 des Invalidenversicherungsgesetzes zu, sondern es ist dem Versicherten neben der Unfallrente die Invalidenrente zu gewähren, und nur soweit beide zusammen die in § 34 Ziffer 1 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes oder nach dem neuen Invalidenversicherungsgesetz die im § 48 Abs. 1 daselbst gesetzte Höchstgrenze übersteigen, ruht thatsächlich die Invalidenrente. Wenn endlich die Unfallfolgen selbst sich nach Festsetzung der Unfallrente verschlimmern und so — allein oder in Verbindung mit anderen Schäden — die Erwerbsunfähigkeit herbeigeführt haben, so kann, so lange nicht wegen der veränderten Verhältnisse auf Grund des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 oder der entsprechenden Bestimmungen der übrigen Unfallversicherungsgesetze eine Erhöhung der Rente erfolgt ist, der Versicherte, ohne dass ihm § 9 Abs. 2 Satz 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes oder § 15 Abs. 2 Satz 2 des Invalidenversicherungsgesetzes entgegensteht, auf Grund seiner Erwerbsunfähigkeit bei der Versicherungsanstalt den Anspruch auf Gewährung der Invalidenrente erheben, trotzdem er die Unfallrente für eine, noch nicht bis zur Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Invalidenversicherungsgesetze hinabgehende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit bezieht. In diesem Falle ist dann die Versicherungsanstalt auf Grund des § 76 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes berechtigt, sich ihrerseits an die verpflichtete Berufsgenossenschaft zu halten. Uebrigens ist im Sinne der bezeichneten §§ 9 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes und 15 des Invalidenversicherungsgesetzes die Gewährung von freier Kur und Verpflegung im Krankenhause gemäss § 7 des Unfallversicherungsgesetzes seitens der Berufsgenossenschaft der Gewährung einer Unfallrente gleichzustellen. Bei Anwendung dieser Rechtsgrundsätze auf den vorliegenden Fall unterlag das schiedsgerichtliche Urtheil wegen ungenügender Aufklärung des Sachverhalts der Beanstandung. Das Schiedsgericht hat sich lediglich auf die Gutachten des Dr. K. zu C. vom 13. Juli 1899 gestützt und daraus entnommen, dass der Kläger seit dem Unfall vom 8. Juni 1898 und in Folge dessen dauernd erwerbsunfähig ist. Legt man diese Feststellung für die ganze Zeit vom Ablauf der dreizehnten Woche seit dem Unfall als zutreffend zu Grunde, so hat das Schiedsgericht in Uebereinstimmung mit der Versicherungsanstalt gesetzmässig verfahren, wenn es dem Kläger für die ersten 13 Wochen nach dem Unfalle, für welche ihm eine Unfallentschädigung nicht zustand, die volle Invalidenrente zubilligte, dagegen für die weitere Zeit, da die seit Ablauf der 13. Woche gewährte Unfallrente die Invalidenrente übersteigt, den Anspruch des Klägers auf Invalidenrente ablehnte. Jene Feststellung des Schiedsgerichts beruht jedoch auf unzulänglichen Unterlagen. Das Schiedsgericht konnte aus den ihm vorgelegten Akten der Versicherungsanstalt ersehen, dass der Unfall des Klägers lediglich im Bruch des rechten Oberschenkels bestand, und dass die Unfallrente, welche der Kläger bezieht, nur nach dem Satze von 50 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit geworden war. Der Befund des Kreisphysikus Dr. La R. vom 29. Juli 1898 geht dahin, dass die Bruchstelle unter Verkürzung des sonst überernährten rechten Beines um 2 cm, mit Knochenverdickung fast geheilt, das linke Bein jedoch zurückgeblieben sei. Auf Grund dieses Befundes hat Dr. La R. den von ihm sonst als in jeder Beziehung gesund bezeichneten Kläger für erwerbsunfähig erklärt und diesen Zustand lediglich auf den Unfall zurückgeführt. Auch Dr. K. sieht anscheinend den Kläger als erwerbsunfähig im gesetzlichen Sinne an. Sein Befund betreffs des Oberschenkelbruchs ist ähnlich dem des Dr. La. R. Von dem zurückgebliebenen linken Bein spricht er, abgesehen von den Angaben abweichender Masse für die Beine, überhaupt nicht. Er stellt jedoch noch gewisse Unregelmässigkeiten an Lunge und Herz fest und nimmt im Uebrigen Ischias und allgemeine Schwäche beim Kläger an, ohne dass er sich darüber, inwieweit die Erwerbsunfähigkeit auf den Unfall oder auf sonstige mitwirkende Ursachen zurückzuführen ist, und über die daran sich knüpfenden weiteren thatsächlichen Fragen irgendwie äussert. Diese in den Akten der Versicherungsanstalt vorhandenen beiden ärztlichen Gutachten genügten schon an und für sich und insbesondere unter Heranziehung des Umstandes, dass der Kläger trotz seiner angeblich lediglich vom Unfall herrührenden Erwerbsunfähigkeit nur 50 Prozent Unfallrente bezog, nicht als Unterlage für die Anwendung des § 9 Abs. 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes. Vielmehr musste das Schiedsgericht zunächst die Unfallakten, welche der Versicherungsanstalt vorgelegen hatten, über deren Inhalt sich jedoch in den Akten nur ein nicht beweiskräftiger, übrigens auch vom Schiedsgericht garnicht erwähnter, geschweige denn gewürdigter Auszug findet, einfordern und die verschiedene Beurtheilung des Zustandes des Klägers aufzuklären suchen, und zwar insbesondere mit Rücksicht auf die oben dargelegten Rechtsgrundsätze auch in der Richtung, welche Schäden als Unfallfolgen oder auch als bereits vor dem Unfall vorhanden bei Gewährung der Unfallrente von 50 Prozent berücksichtigt worden sind und ob etwa angenommen werden kann, dass — und von welchem Zeitpunkte ab — nach dem Unfallrentenbescheid die Folgen des Unfalls oder unabhängig von diesem die schon zur Zeit des Unfalls vorhandenen Leiden sich verschlimmert, oder noch andere Leiden beim Kläger sich eingestellt, und diese hinzugetretenen neuen Schäden oder Verschlimmerungen bereits berücksichtigter Schäden erst die Erwerbsunfähigkeit des Klägers herbeigeführt haben — oder ob die Schäden, auf Grund deren im gegenwärtigen Verfahren die Invalidenrente verlangt wird, im Wesentlichen dieselben sind, welche bereits im Unfallrentenverfahren ihre — wenn auch vielleicht nach der Auffassung des Schiedsgerichts nicht ganz zutreffende — Berücksichtigung gefunden haben. Thatsächlich enthalten die Akten der Berufsgenossenschaft das im Auszuge in den Anstaltsakten vermerkte Gutachten des Dr. W. zu K. vom 5. November 1898, in welchem dieser wegen der Schwere der Verletzung, die hier besonders hervorzuheben sei, da das verletzte Bein des Klägers an sich schon schwach sei, wegen der Bewegungsstörung im Kniegelenk und der langen Entwöhnung von der Arbeit eine Rente von 50 Prozent vorläufig

für ein Jahr als angemessen bezeichnet. Dieses Gutachten ist schon insofern unklar und wenig überzeugend, als es, wie bemerkt, bei Schätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit das verletzte — also das rechte Bein „an sich schon schwach" nennt, während vorher gesagt ist, das linke, also das nicht verletzte Bein sei seit Geburt schwächer und kürzer gewesen. Letzteres passt zu dem Befund des Dr. La R. Jedenfalls wird eine Aufklärung, wie sie für die zutreffende rechtliche Beurtheilung des Falles erforderlich ist, auch durch das Gutachten des Dr. W. vom 5. November 1898 nicht geboten und auch nicht durch ein bei den Unfallakten vorhandenes neueres, zeitlich nach dem Gutachten von Dr. K. und Dr. La R. und nach dem Schiedsgerichtsurtheil liegendes Gutachten desselben Dr. W. vom 10. November 1899, welches übrigens in der Revisionsinstanz sachlich auch nicht mehr verwerthet werden könnte. Es werden daher durch nähere ärztliche Auskunft und sonstige geeignete Aufklärung die erforderlichen Unterlagen für eine zutreffende rechtliche Beurtheilung des Falles im Hinblick auf die bezeichneten gesetzlichen Bestimmungen zu beschaffen sein. M.

Herzschlag. Betriebsunfall liegt vor.

Rek.-Entscheidung vom 28. Februar 1900.

Der auf der Zeche Centrum beschäftigt gewesene Bergmann Rudolph Sp. ist am 28. April 1899 gestorben. An diesem Tage hat auf der genannten Zeche ein Grubenbrand stattgefunden und Sp. ist von den Rettungsmannschaften tot aufgefunden worden. Da nach dem Ergebniss der Obduktion der Leiche Sp. an Herzschlag ohne nachweisbare äussere Einwirkung gestorben sein soll, lehnte der Sektionsvorstand den Rentenanspruch der Wittwe und des Kindes ab, weil ein Betriebsunfall nicht vorliege. Das Schiedsgericht nahm dagegen einen Betriebsunfall im Sinne des § 1 des Unf.-Vers.-Ges. als vorliegend an und verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Gewährung der gesetzlichen Wittwen- und Waisenrente. Der hiergegen vom Genossenschaftsvorstande erhobene Rekurs wurde zurückgewiesen. Gründe:

Sp. hat bis zur Meldung von dem Ausbruch des Brandes gearbeitet, ohne über Unwohlsein oder Ermattung zu klagen. Er ist sodann auf das gegebene Signal eine beträchtliche Strecke gegangen, auch über zwei steile Fahrüberhaue geklettert und ist demnächst erschöpft an der Stelle sitzen geblieben, an der er später todt aufgefunden worden ist. Er ist am Herzschlag verstorben.

Angesichts der Meinungsäusserung des Königlichen Bergrevierbeamten, dass Sp. sich bei der Meldung von dem Grubenbrande erklärlicherweise habe in Angst und Aufregung befinden müssen, und weiterhin der Ausführungen des aus Fachmännern bestehenden Schiedsgerichts, dass ein plötzliches Schicht-Klopfen die Bergleute naturgemäss ängstlich und besorgt mache und zur Eile treibe, lässt sich die Behauptung der Beklagten, dass Sp. weder beunruhigt gewesen, noch sich in Eile zur Ausfahrt begeben habe, füglich nicht aufrecht erhalten.

Nun sind Angst, Aufregung und Ueberanstrengung erfahrungsmässig häufig die Veranlassung zum Eintritt eines Herzschlages; es ist deshalb nicht abzusehen, weshalb sie nicht auch im vorliegenden Falle als wesentlich mitwirkende Ursachen des plötzlichen Todes des herzkranken Sp. angesehen werden sollten. Die Annahme eines rein zufälligen, jeglichen ursächlichen Zusammenhanges entbehrenden Zusammentreffens des Grubenbrandes und des Todes des Sp. ist nach der Ansicht des Rekursgerichts mit einer natürlichen und unbefangenen Auffassung der in Rede stehenden Ereignisse nicht vereinbar. Es ist vielmehr in dem zur Begründung der richterlichen Ueberzeugung erforderlichen Masse wahrscheinlich, dass Sp. seinen Tod in Folge eines Unfalls im Betriebe als wesentlich mitwirkender Ursache gefunden hat.

(Compass.)

Der Zusammenhang eines Bauchmuskelrisses mit einer Verrichtung im Betriebe wird verneint.

(Rek. Entsch. v. 18. IV. 1900.)

Der Ziegeljunge H. behauptete, gelegentlich des Einhebens eines Rollwagens in das Geleise eine Muskelzerreissung in der rechten Leistengegend erlitten zu haben. Von der Genossenschaft wurde erwogen, dass es sich bei der erwähnten Thätigkeit durchaus nicht um eine besonders anstrengende Arbeit handelte, sondern um eine solche, die zu den gewöhnlichen Verrichtungen eines Ziegeljungen gehöre. Auch der Betriebsunternehmer erklärte, dass die fragliche Arbeit mit Leichtigkeit auszuführen sei. Gegen die Annahme, dass das Einheben des Wagens die Ursache des Leidens sei, sprach ferner der Umstand, dass der Verletzte weder seinen Mitarbeitern noch dem Unternehmer von dem angeblichen Unfall Mittheilung gemacht hatte. Zudem meldete er sich erst nach drei Wochen krank. Der behandelnde Arzt gab auch nur die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zu. Als das Schiedsgericht auf die Berufung des Klägers demselben eine Rente zubilligte, wandte sich die Genossenschaft auf dem Wege des Rekurses an das Reichs-Versicherungsamt. Letzteres hat unter dem 18. April 1900 den ablehnenden Bescheid der Genossenschaft mit folgender Begründung wiederhergestellt:

Das Rekursgericht hat aus der von den Vorinstanzen veranlassten Beweisaufnahme nicht die Ueberzeugung zu gewinnen vermocht, dass der Kläger am 16. September 1896 in Folge eines Betriebsunfalles eine seine Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Muskelzerreissung erlitten hat. Die Arbeit, bei welcher der Kläger den Körperschaden davongetragen haben will, bestand in dem Einheben eines Rollwagens im Gewicht von etwa 25 kg und erfordert nach dem Gutachten des Betriebsunternehmers so geringe Anstrengungen, dass selbst ein Junge sie mit Leichtigkeit ausführen konnte. Keiner der Mitarbeiter hat irgend etwas von einem Unfalle wahrgenommen, weder ihnen noch dem Betriebsleiter ist ein Unfall gemeldet worden und der Kläger selbst hat seine Arbeit noch ununterbrochen drei Wochen lang fortgesetzt. Unter diesen Umständen muss es unwahrscheinlich erscheinen, dass die am 5. Oktober 1898 im Krankenhause festgestellte Muskelzerreissung mit jenem Einheben des Rollwagens vom 16. September 1896 in ursächlichem Zusammenhange steht. Die Beklagte hat deshalb mit Recht den auf die §§ 1, 5 des Unfallversicherungsgesetzes gestützten Entschädigungsanspruch des Klägers abgelehnt. (Unf. Vers.-Pr.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Mugdan, Otto, Dr. Das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juli 1883 in der Fassung der Novelle vom 10. April 1892 etc. Kommentar für Aerzte. Leipzig. Georg Thieme. 1900.

Das Krankenversicherungsgesetz, dieses wichtigste der sozialpolitischen Gesetze des deutschen Reiches hat, darüber ist sich wohl die Mehrheit der deutschen Aerzte einig, den Aerztestand sehr geschädigt.

Seinen Gliedern sind, soweit sie nicht zu der immer mehr sich verringernden Minderheit derer gehören, welche nur von

der Privatpraxis bei den Begüterten leben können, die Nachtheile eines freien Erwerbsstandes, nämlich die Unsicherheit des Einkommens und der Mangel an Alters-, Invaliditäts- und Wittwenversorgung geblieben, während die freie Bewerbung um das Vertrauen des Publikums dadurch behindert wird, dass der weitaus grösste Theil der erwerbenden und „konsumfähigen" Bevölkerung unter dem Kassenzwang steht. Dadurch trat an Stelle des freien Wettbewerbes die oft drückende Abhängigkeit von den Kassenvorständen und ein bedauerlicher Tiefstand der Entlohnung der ärztlichen Leistungen.

Diese Missstände verdanken zum grössten Theile ihre Entstehung nicht den Bestimmungen des Gesetzes selbst, sondern seiner den Aerzten ungünstigen Ausführung, welche allerdings durch die gleichzeitige Ueberfüllung des ärztlichen Studiums und Berufes begünstigt wurde.

Zur Heilung oder wenigstens Besserung der Schäden entstand vor circa 10 Jahren eine Bewegung, deren Endziel war: Schaffung gleicher Verhältnisse für die Kassenmitglieder wie für die selbst den Arzt Zahlenden, d. h. Einführung freier Arztwahl.

Der Verfasser vorliegenden Werkes war und ist einer der eifrigsten und geschicktesten Vorkämpfer jenes Prinzips. Er ist viel befehdet worden wegen der agitatorischen Art seines Vorgehens. Die ihm näher standen, haben an seinem Werthe nie gezweifelt. Sie wussten, dass sein Kampf nicht der Ausfluss nothleidenden, persönlichen Missvergnügens sondern das selbstlose Ringen für ein Lebensideal war.

Jetzt, wo seine Sturm- und Drangperiode vorüber ist, giebt er den deutschen Aerzten im vorliegenden Werke den Gesammtinhalt langjährig erworbener und geklärter Kenntnisse und Erfahrungen.

Er hat es herausgefühlt, dass trotz der vielen und gerühmten Kommentare zum Krankenversicherungsgesetz keiner existirt, welcher den Bedürfnissen des ärztlichen Standes angepasst ist.

Er schuf ein Buch, welches dem Arzte das Studium der deutschen Krankenversicherung erleichtern, dann aber ihm bei Abschluss oder Erneuerung von Verträgen mit Krankenkassenvorständen, in Versammlungen und im Verkehr mit den Behörden ein zuverlässiger Berather sein und zu gleicher Zeit Allen, auch den Nichtärzten, zeigen soll, dass die Behebung der Uebelstände, welche den deutschen Aerztestand durch das Gesetz getroffen haben, durchaus nicht so grosse Schwierigkeiten bietet, wie Manche meinen, dass sie im Interesse aller Betheiligten liegt und eine bessere Gestaltung der Krankenversicherung bedeutet.

Mugdan hat seine Aufgabe in ausgezeichneter Weise gelöst. Das, was er bietet, ist übersichtlich und klar in der Form und erschöpfend im Inhalt.

In erster Reihe erläutert er das Krankenversicherungsgesetz, dann folgen Auszüge aus dem Unfall- und Krankenversicherungsgesetz der land- und forstwirthschaftlichen Arbeiter, dem Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1899 sowie das Gesetz über die freien Hilfskassen in der Fassung vom 1. Juni 1884, ebenfalls mit Erläuterungen. Den Anhang bilden Beispiele von Krankenkassenstatuten und Verträgen sowie von einer Instruktion für die Mitglieder eines Vereins freigewählter Kassenärzte.

Die Erläuterungen sind so gefasst, dass sie alle in Betracht kommenden Tagesfragen der ärztlichen Praxis erschöpfen. Wir finden da die Grundsätze und Entscheidungen über die Entlohnung von Nichtkassenärzten für kassenärztliche Leistungen, die Abgrenzung des Umfanges der kassenärztlichen Pflichten, die Beziehungen der Krankenkassen zu den Berufsgenossenschaften, die Grundsätze bei Uebernahme des Heilverfahrens durch die Invaliditätsversicherungs-Anstalten etc., kurz, eine grosse Reihe von Dingen, über welche, nach den Anfragen bei Fachzeitungen zu schliessen, viele Praktiker in hilfloser Unklarheit sich befinden.

Diejenigen Ausführungen, welche von der Möglichkeit der Durchführung der freien Arztwahl und der Art ihrer Einrichtung handeln, dürften jetzt besonders lehrreich sein, wo wir vielleicht am Vorabend der gesetzlichen Einführung einer solchen Massregel stehen.

In allen Einzelheiten zeigt der Verf. eine umfassende Kenntniss von Gesetzen, Verwaltungsbestimmungen und Entscheidungen. Immer bemüht er sich den Wortlaut juridischer Ausführungen möglichst zu kürzen und in der Form den Aerzten verständlich zu machen.

So ist das vorliegende Werk ein wirkliches Gebrauchsbuch für die Praxis und sichert dem Verfasser die Anerkennung von Freunden und Gegnern. L.

Springfeld u. Siber. Die Handhabung der Gesundheitsgesetze. Bd. IV. Die Rechte und Pflichten der Unternehmer gewerblicher Anlagen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer von Roth, Geh. Reg.- und Med.-Rath in Potsdam, Tschorn, Gewerbetechn. Hilfsarbeiter und Vertreter des Reg.- und Gewerberaths am Pol.-Präs. in Berlin, Dr. Wetzel, Gewerbe-Inspektions-Assistent in Berlin. Berlin 1899. Rich. Schoetz. 787 Seiten. Pr. 15 M.

Ein zuverlässiger Führer durch die komplizirte Gewerbegesetzgebung, in welcher sich an die Reichsgewerbeordnung eine grosse Reihe von Gesetzen und Verordnungen angegliedert haben, fehlte bis jetzt, namentlich aber ein Führer, welcher für Beamte, Arbeitgeber und -nehmer in gleicher Weise verständlich und übersichtlich ist.

Zur Schaffung eines solchen konnten nur Männer berufen sein, welche die Handhabung der Gesetzgebung aus eigener praktischer Erfahrung kannten und deshalb konnte ein Einzelner die Bearbeitung dieses Theiles des Springfeld-Siberschen Sammelwerks nicht übernehmen.

Dass die Verfasser berufen dazu waren und ihrer Aufgabe vollauf gerecht geworden sind, lehrt der Inhalt des Buches.

Dasselbe ist trotz der Theilung des Stoffes gleichmässig klar und übersichtlich, wie aus einem Guss.

Ueberall ist die Sprache für Jedermann verständlich.

Es handelt sich in dem Werke nicht etwa um eine Aneinanderreihung behördlicher Bestimmungen im Wortlaut, um eine vorwiegende Gesetzessammlung, nein um einen fortlaufenden erklärenden Text, in welchen die wichtigsten Gesetzes- und Verwaltungsvorschriften organisch eingefügt sind und immer wird in den Erklärungen betont, wie die Praxis diese und jene Verfügung verstanden und angewendet hat. Auch die Eintheilung richtet sich nach rein praktischen Erwägungen. So werden die gewerblichen Anlagen nicht, wie in manchen Handbüchern der Gesundheitspflege, nur nach der Art des Betriebes, sondern nach der Art der Genehmigungspflicht (Stadtausschuss; Bezirksausschuss nach § 16 der Gew.-O. und Dampfkessel nach § 24 der Gew.-O.) eingetheilt.

Ein chronologisches Register der Gesetze und Verfügungen, sowie ein ausführliches Sachregister erleichtern die Brauchbarkeit.

Wir sehen in diesem Buche eine werthvolle Bereicherung der einschlägigen Litteratur und machen die Medizinalbeamten, welche von jetzt ab bei der Konzessionirung gewerblicher Anlagen wieder in ihre Rechte getreten sind, besonders darauf aufmerksam. L.

Ischreyt, G. Ueber septische Netzhautveränderungen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, herausgegeben von Vossius. Band III Heft 7. 24 Seiten. Preis Mk. 0,80.

Bei allgemeiner Septiko-Pyämie kann das Auge im wesentlichen in zwei verschiedenen Erkrankungsformen betheiligt sein. Entweder tritt infolge einer auf dem Wege der Blutbahnen erfolgenden Infektion des Auges mit Mikroorganismen eine heftige eitrige Entzündung, die metastatische Ophthalmie auf oder es entwickelt sich das Bild der Retinitis septica. Diese Erkrankung setzt lediglich mit dem Augenspiegel sichtbare Veränderungen, während das Auge äusserlich betrachtet durchaus normal erscheint. Man findet hauptsächlich in der Umgebung der Sehnervscheibe Blutungen und weisse Herde in sehr wechselnder Anzahl. Stärkere Entzündungserscheinungen fehlen, insbesondere sind die Grenzen der Papilla optica durchaus scharf. Die Retinitis septica findet sich sowohl bei akuten als bei chronischen Formen von Septico-Pyaemie, sie kann wenige Tage, aber auch viele Wochen vor dem Tode auftreten, bedingt jedoch durchaus nicht immer eine schlechte Vorhersage quoad vitam. Die Netzhautveränderungen pflegen lange Zeit hindurch unverändert fortzubestehen. Bleibt das Leben erhalten, so können sie vollständig verschwinden. Sehr wichtig ist die Retinitis septica in diagnostischer Hinsicht. Allerdings finden sich ähnliche Veränderungen, namentlich Blutungen, auch bei vielen anderen Allgemeinleiden. Handelt es sich aber um die Unterscheidung von Miliartuberkulose, Abdominaltyphus oder Meningitis von Septikopyaemie, so spricht das Vorhandensein von Netzhautblutungen stets für letztere Erkrankung. Die beste Erklärung für die Entstehung der septischen Netzhautveränderungen giebt die zuerst von Roth aufgestellte, später vielfach bestrittene, dann aber wieder allgemein anerkannte Annahme, dass es sich um eine chemische Veränderung des Blutes handelt, welche infolge Ernährungsstörung eine abnorme Durchlässigkeit der Gefässwände bedinge. Eine Embolie der Netzhautgefässe mit im Blute kreisenden Bakterien können wir nach den neueren mikroskopischen Untersuchungen erkrankter Augen nicht als Ursache der Retinitis septica ansprechen. Groenouw.

Wilbrand und Saenger. Die Neurologie des Auges. Ein Handbuch für Nerven- und Augenärzte. 1. Band 2. Abtheilung Seite 307—696. Mit 88 Textabbildungen. Wiesbaden 1900. I. F. Bergmann.

Ueber die erste Abtheilung dieses Werkes haben wir bereits im vorigen Jahrgange dieser Zeitung Seite 222 berichtet. In der vorliegenden zweiten Abtheilung wird zunächst die Besprechung der Ptosis fortgesetzt. Es wird die Ptosis bei Syphilis, bei Gehirnleiden, nach Traumen, bei verschiedenen Nervenleiden, im Schlafe u. s. w. ausführlich abgehandelt. Dann folgen die Beziehungen des Facialis zu den Augenlidern sowie die Krampf- und Lähmungszustände der von diesem Nerven versorgten Muskeln. Hiermit schliesst der erste Band dieses ausserordentlich sorgfältig und ausführlich bearbeiteten Werkes ab. Groenouw.

Kisch, Prof. Dr. H. Die Prophylaxe der Sterilität. Supplement zu Nobiling Jankau's: Handbuch der Prophylaxe. München b. Seitz u. Schauer.

Verf. bearbeitet sein Thema von den drei Gesichtspunkten, dafür zu sorgen: 1. dass die Keimbildung beim Weibe in normaler Weise erfolge, dass die Ovula normal entstehen und zur Reife gelangen; 2. dass die Conjugation von Spermakern und Eikern, der gegenseitige Kontakt normal beschaffener und erhaltener Spermatozoen mit dem Ovulum ermöglicht werde; 3. dass der Uterus geeignet sei, der Bebrütung des befruchteten Eies stattzugeben. Der therapeutische Stoff ist geschickt gruppirt ohne Neues zu bringen. Schwarze.

Zur Besprechung eingegangen:

Alt, Dr. Konrad. Allgemeines Bauprogramm für ein Landesasyl zur ausgedehnteren Einführung der familiären Irrenpflege. Mit 2 Tafeln. Halle 1900. Carl Marhold. 39 S. 2 M.

Ammann, Dr. E., Augenarzt in Winterthur. Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorgans. München, J. F. Lehmann, 1900. 80 S. Pr. 2 M.

Jessner, Dr. S. Compendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Königsberg, Thomas u. Oppermann, 1900. 318 S.

Lenhartz, Dr. Hermann, Prof. der Med. u. Krankenhausdirektor in Hamburg. Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. III. Aufl. Berlin 1900. Julius Springer. 360 S. 8 Mark.

Möbius, Dr. P. J., in Leipzig. Ueber Entartung. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Herausgegeben von Löwenfeld und Kurella. Heft III. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1900. 123 S. 1 M.

Tagesgeschichte.

Der 28. Deutsche Aerztetag in Freiburg.

Unter den Gegenständen der Tagesordnung interessirt zunächst: Die Nothwendigkeit der obligatorischen Leichenschau. Dieselbe wurde von Becher-Berlin begründet. Die Leichenschau sei nothwendig, um Verbrechen nicht unentdeckt zu lassen, um die herrschenden oder eindringenden ansteckenden Krankheiten in jedem Falle zu erkennen, die „Engelmacherei" aufzudecken. Die Furcht vor dem Lebendigbegrabenwerden werde geringer werden. Geeignet seien als Leichenschauer ausschliesslich Aerzte. Die Kosten würden nicht zu bedeutend sein.

In auffällig scharfen Worten wandte sich der Badische Medizinalrath Battlehner, Mitglied des Reichsgesundheitsamts, gegen die preussische Regierung. In Baden sei die Leichenschau seit 80 Jahren eingeführt, in Preussen scheine sie an der Regierung zu scheitern, der auch die Mangelhaftigkeit des Reichsseuchengesetzes zu danken sei.

Die Forderung der obligatorischen Leichenschau wurde einstimmig, die der Ausführung durch Aerzte mit allen gegen 2 Stimmen angenommen.

Die zweite Erörterung von allgemeiner Wichtigkeit betraf die Einführung eines praktischen Jahres nach beendetem klinischem Studium (Antrag Leipzig-Land). Götz-Leipzig führte aus, dass neben Krankenhäusern auch erfahrene praktische Aerzte zu diesem Theil der Ausbildung der Aerzte herangezogen werden müssen.

Battlehner stellt als Mitglied der Reichsprüfungskommission die Aufnahme des praktischen Jahres in die demnächst zu erlassende Prüfungsordnung in sichere Aussicht, hält aber die Zuziehung der Praktiker für überflüssig. In Kliniken und Krankenhäusern sei genug Gelegenheit zur Uebung für die angehenden Aerzte. Die Versammlung ging über den Antrag zur Tagesordnung über.

Henius sprach sodann über die Bedeutung des Samariter- und Rettungswesens für den ärztlichen Stand. Nach längerer Debatte wurden folgende von ihm auf-

gestellte, von der Versammlung z. Th. etwas abgeänderte Thesen angenommen.

„Die Ausübung der ersten Hilfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen steht den Aerzten zu. Nur in denjenigen Fällen, in denen ärztliche Hilfe nicht sofort zu beschaffen ist, namentlich auf dem Lande und in kleinen Städten, ist die Hinzuziehung des Laienelements zulässig. Doch sollen sich die für die Leistung der ersten Hilfe eigens von Aerzten ausgebildeten Samariter darauf beschränken, dem Verletzten Alles fern zu halten, was ihm schaden könnte und ihn möglichst schnell ärztlicher Versorgung zu übergeben.

Die in grossen Städten zu treffenden Einrichtungen zur Beschaffung erster ärztlicher Hilfe bei Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen (Rettungswachen, Unfallstationen, Sanitätswachen) sollen von den städtischen Verwaltungen unterhalten oder finanziell sichergestellt werden. Sie entsprechen nur dann gleichmässig den Interessen des Publikums wie der Aerzte, wenn sie

1. bezüglich ihrer Einrichtung und ihres Betriebes einer ärztlichen Oberleitung unterstehen, wenn

2. auf der Wache selbst oder am Orte des Unfalls resp. der Erkrankung die Hilfe von Aerzten geleistet wird,

3. wenn sie sich darauf beschränken, nur die erste und nur einmalige Hilfe zu gewähren,

4. wenn die Theilnahme am Rettungsdienst sämmtlichen Aerzten gestattet wird, die sich bestimmten vertragsmässig festzusetzenden Bedingungen unterwerfen, welche den ärztlichen Standesvertretungen zur Genehmigung vorgelegt werden können,

5. wenn sie über geeignete Transportmittel verfügen, um Verletzte und Schwerkranke möglichst schnell und in zweckmässiger Weise in ihre Wohnung oder in ein Krankenhaus zu schaffen,

6. wenn sie ausser der Gewährung erster Hilfe keinerlei Nebenzwecke verfolgen,

6a. wenn der Oeffentlichkeit keinerlei Mittheilung über Vorkommnisse bei dem Verletzten und Erkrankten gemacht wird,

7. wenn den Unbemittelten die Hilfe unentgeltlich, sonstigen Patienten nach den üblichen Taxsätzen geleistet wird."

Die Errichtung einer Auskunftstelle für Niederlassung deutscher Aerzte im Auslande wurde grundsätzlich beschlossen, der Ort dafür aber noch nicht bestimmt. Berlin und Hamburg würden in die engere Wahl kommen. Im Anschluss hieran wurde einer Anregung Beckers Folge gegeben, die Schaffung einer Centrale für alle ärztlichen Rechtsangelegenheiten vorzubereiten. Der Geschäftsausschuss wurde mit der Ernennung einer fünfgliederigen Kommission beauftragt.

Aus den Berathungen der Kommissionsberichte sei noch Einiges hervorgehoben. Nach Beschluss des Lebensversicherungs-Ausschusses wurde den ärztlichen Vereinen widerrathen, Honorarforderungen aufzustellen, die über die zwischen dem Bunde und den Gesellschaften früher vereinbarten hinausgehen. Auch eine Erhöhung der Gebühren gegenüber Privatunfallgesellschaften wurde im Sinne des guten Einvernehmens abgelehnt.

Gegen die Zuziehung von Kurpfuschern bei Unfällen.

Zur Kenntniss der Berufsgenossenschaften ist es mehrfach gelangt, dass Personen, die in dem Rufe von Kurpfuschern stehen, sich auffällig und unter allerhand falschen Vorspiegelungen darum bemüht haben, die Behandlung Unfallverletzter zu übernehmen, was ihnen auch verschiedentlich gelungen ist. Da in allen diesen Fällen die Heilerfolge fast negativ gewesen sind, ist angeordnet worden, dass solche Personen unter keinen Umständen, auch wenn sie eine bedeutende Privatkundschaft haben sollten, für die Zwecke der Unfallversicherung bei Unglücksfällen herangezogen werden dürfen. (D. Arb.-Ztg.)

Schulärzte

sind im Herzogthum Sachsen-Meiningen auf Staatskosten angestellt worden, und zwar mit einigen bemerkenswerthen Bestimmungen. Zunächst sollen einmal alle Schulkinder gesundheitlich untersucht werden. Die Mädchen der 4 obersten Schuljahre sollen aber — ausser bezüglich der Augen — nur auf besonderen Wunsch der Eltern in diese Bestimmung inbegriffen sein. Später sollen jedes Jahr nur die zukommenden und abgehenden Kinder und die, bei denen körperliche oder geistige Fehler vom Arzte oder später vom Lehrer wahrgenommen werden, zur Untersuchung kommen. Bei den am Ende der Schulzeit stehenden Knaben ist die Untersuchung besonders des zu ergreifenden Berufes wegen wichtig. Das Untersuchungsergebniss wird für Lehrer und Arzt Amtsgeheimniss.

Die Ansteckungsgefahr im Eisenbahnwagen und in den Kurorten.

Der Warnungsruf, den Kobert (cf. Referat in Nr. 1 dieses Jahrgangs) kürzlich erklingen liess, ist von einem österreichischen Arzte Dr. Schwarz aus Baden bei Wien anlässlich des Anfang April abgehaltenen Balneologen-Kongresses in Ragusa ebenso dringlich wiederholt worden. Er richtet an alle Aerzte die dringliche Mahnung, keuchhustenkranke Kinder nicht, wie es bisher geschieht, wegen des vermeintlichen Nutzens eines Klimawechsels nach den Kurorten zu verschicken. Sie verseuchen die Wagen, in denen gerade jetzt im Sommer zahllose gesunde Kinder fahren, sie verseuchen die Kurorte — und, so behauptet Schwarz wenigstens, sie haben selbst keinen Nutzen davon. Er hat Kinder mit Keuchhusten von Wien nach dem Semmering, von da nach Baden, dann nach Görz und endlich nach Abbazia schicken sehen — eine ungeheure Ansteckungsgefahr für Andere und doch kein Erfolg bei den Kranken selbst. Schon Niemeyer hat gesagt, dass der Arzt eine schwere Verantwortung auf sich ladet, wenn sein ohne weitergehende Fürsorge ertheilter Rath eines Ortswechsels eine Verschleppung der Krankheit veranlasst. Seitdem ist das gleiche wiederholt, u. A. in Berlin 1899 von Siebelt, betont worden, aber in Fleisch und Blut ist es den Aerzten im Allgemeinen nicht übergegangen.

Die Verwaltungsberichte der Elbschifffahrts- und der See-Berufsgenossenschaft über das Jahr 1899

welche uns zugegangen sind, enthalten manche recht interessante Einzelheiten. Während bei der See-Berufsgenossenschaft der Abschnitt „Ausbau der Unfallverhütungsvorschriften" eine ganze Reihe wichtiger Neuerungen enthält, ist es bei der Elbschifffahrt hauptsächlich der Bericht der Vertrauensärzte Dr. Maréchaux und Dr. Jessen, der eine dankenswerthe Zugabe darstellt. Besonders gerühmt werden in dem Bericht die Erfolge der möglichst oft veranlassten Behandlung in medico-mechanischen Instituten. Die schweren Unfälle haben abgenommen, auch die Zahl der „Querulanten" soll geringer geworden sein, sodass das Gesammtergebniss des Berichtes ein sehr erfreuliches ist.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 15. Ausgegeben am 1. August.

Inhalt:

Ist traumatische Neurasthenie Siechthum im Sinne des § 224 des R. St. G.?

Von
San.-Rath Dr. **Leppmann** - Berlin.
Kgl. Bez.-Physikus etc.

Das Reichs-Strafgesetzbuch stuft bei vorsätzlichen Strafthaten den Grad der Strafe sehr wesentlich nach dem Umfange des angerichteten Schadens ab und zwar ganz unabhängig davon, ob die Verursachung des Schadens in dem entstandenen Maasse von dem Thäter beabsichtigt war, ja selbst unabhängig davon, ob sie von demselben vorausgesehen werden konnte.

Dieses Uebertragen des biblischen Auge um Auge und Zahn um Zahn in die Strafrechtspflege macht einzelne Momente im Leben eines jeden im Geltungsbereich des Deutschen Strafgesetzbuches Lebendend zu einer Art Glücksspiel. Dies zeigt sich bei keiner Strafthat mehr als wie bei Körperverletzung.

Jeder harmlos gemeinte und ausgeführte Schlag kann den, der ihn austheilt, Jahre lang seiner Freiheit berauben wenn der Verletzte eine jener dauernden Folgen zurück behält, welcher der § 224 des Strafgesetzbuches umgreift.

Bei allen den dort genannten schweren Gebrechen kann der verbrecherische Wille ein verhältnismässig geringer gewesen sein, namentlich aber tritt das Missverhältniss zwischen Grösse der verbrecherischen Absicht und Grösse des angerichteten Schadens dann hervor, wenn es sich um nervöse Verletzungsfolgen handelt.

Ein Schlag, der kaum den Begriff einer thätlichen Beleidigung sonst erfüllen würde, kann die Entstehung einer Geistesstörung zur Folge haben, wenn der Verletzte ein zum Erkranken vorbereitetes Individuum ist, wenn die leichte Körperbeschädigung sich zu einer Menge anderer Schädlichkeiten, welche vorher den Geist bereits allmählich morsch gemacht haben, dazu addiert.

Aehnlich ist es mit dem Verfall in Siechthum. Auch dieser gehört zu den Folgen, welche die Verletzung zu einer schweren im Sinne des § 224 macht.

Siechtum ist bekanntlich nach der durch das Reichsgericht festgesetzten Rechtsauslegung ein chronischer Krankheitszustand, welcher den gesammten Organismus des Verlezten ergriffen hat und zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, zu einem Schwinden der Körperkräfte und zur Hinfälligkeit geführt hat. Unheilbar braucht ein solcher Zustand nicht zu sein, es liegt aber in dem Wortbegriff, dass eine Heilung in absehbarer Zeit nicht bestimmbar ist.

Wenn wir uns nach Krankheitsformen umsehen, deren Entstehung von Körperbeschädigungen abhängig ist, und welche

diesen Begriff erfüllen, so werden sich, ich möchte sagen, unwillkürlich unsere Blicke in erster Reihe auf die traumatische Neurasthenie richten, welche meist der obigen Erläuterung des Siechthumsbegriffs wörtlich entspricht. Bei dieser aber lehrt uns die Unfallbegutachtung mit erheblicher Häufigkeit, dass das greifbare Missverhältniss zwischen Grösse der Verletzung und Verletzungswirkung fast zur Regel wird.

Freilich sollen dabei die sozialen Folgen der Beschädigung eine erhebliche Rolle spielen, aber in unserer nervösen Zeit, wo es eine ganze Reihe von Menschen mit leicht erschütterbarem Nervensystem giebt, wird man auch genug Zustände von traumatischer Neurasthenie nach solchen Körperbeschädigungen beobachten, wo die Begehnungs- und Angstvorstellungen, deren Wirkung man bei Betriebsunfallverletzten hervorgehoben hat, keine Rolle spielen.

Auch besteht gerade bei den absichtlichen, strafrechtlich zu ahndenden Körperbeschädigungen eine gewisse Analogie mit den Betriebsunfällen, da auch hier materielle Folgen (civilrechtliche Entschädigung, gerichtliche Busse) in Frage kommen.

In der Litteratur der letzten Jahre ist die vorliegende Frage casuistisch wenig berührt. E. Schultze hat in dieser Zeitschrift einen Fall von traumatischer Hysterie mit Anfällen (Jan. 1898, No. 14) allerdings nach erheblicher Misshandlung entstanden, veröffentlicht, und in Friedreichs Blättern (Januar-Februar 1900) findet sich ein Fall von Wickel von typischer Neurasthenie nach Kopfverletzung, welche beide zweifellos als Siechthum gedeutet werden mussten.

Glücklicherweise ist auch die Regel, dass eine traumatische Neurasthenie den Begriff des Siechthums erfüllt, nicht ohne Ausnahme.

Dies beweist mir ein lehrreicher Fall, den ich jüngst zu begutachten hatte.

Freilich zeigt auch dieser Fall, von welchen äusseren Zufälligkeiten der Ausgang einer solchen Begutachtung abhängig ist. Wären die Vorermittelungen in diesem Falle eher abgeschlossen gewesen, und hätte ich in Folge dessen den Verletzten eher zu begutachten gehabt, wie vier Monate nach stattgehabter Verletzung, so hätte mein Gutachten wahrscheinlich gelautet, dass es sich um einen in seinem Ausgang unabsehbaren wesentlichen allgemeinen Erkrankungs- und Schwächezustand, d. h. um ein Siechthum gehandelt hätte.

Der Fall ist in der üblichen gutachtlichen Form folgender:

I. Thatsächliches. X., 24 Jahr alt, stammt nach seinen Angaben aus einer Familie, in welcher Geistes- und Nervenkrankheiten nicht vorgekommen sind. Er besuchte die Schule bis Prima und wurde nicht Soldat wegen eines Augenfehlers (Astigmatismus). Mit 18 Jahren litt er ca. ein halbes Jahr lang an Darmkatarrh. Vor 2 Jahren hatte er eine Blinddarmentzündung, dieselbe begann plötzlich in seinem Amte mit sehr starken Schmerzen, sodass er zusammenknickte.

Abgesehen davon will er nie krank gewesen sein, namentlich nie an Krämpfen und Ohnmachten gelitten, auch nie eine Geschlechtskrankheit gehabt haben.

Er betrieb vor seiner jetzigen Erkrankung den Rudersport.

Seit 1895 ist er in den Bureaux einer Gemeinde thätig.

Seit 5. Juni 1898 ist er verlobt.

Am 22. Juli 1899 erlitt er, aus Anlass eines Wortwechsels mit dem Gemeindebeamten Y. nach seinen Angaben, welche wohl durch die Bekundungen der Augenzeugen unterstützt werden, einen Schlag mit der Faust oder mit der Hand ins Genick.

Es war ein Streit aus geringfügiger Ursache. Y. war ins Bureau gekommen und hatte aus Anlass des Beginns seines Sommerurlaubs übermüthig laut gesprochen. X. hatte sich das verbeten und als Y. sagte, er liesse sich von ihm nichts sagen, hatte er einen Tintenwischer gegen ihn geworfen. Hierauf erfolgte der Schlag, wohl als abgeglittene Ohrfeige.

Dem H. wurde es, wie er erzählt, sofort schwarz vor den Augen, er bekam Brausen im Kopfe und Sausen vor den Ohren, fiel aber nicht um.

Er meldete den Vorfall seinem Bureauvorsteher und schrieb mit Unterstützung eines Gemeindebeamten Z. eine Anzeige an seine vorgesetzte Behörde. Dabei trat Schwindel und Uebelkeit bei ihm ein und er wurde von einem Kanzlisten zu dem prakt. Arzt Dr. W. geführt.

Dieser fand laut seinem Attest vom 22. Juli den X. als einen blassen und benommen aussehenden Patienten, welcher mit schwacher Stimme sprechen und nur mit Unterstützung sich aufrecht erhalten konnte. Er hatte beständige Neigung zum Erbrechen, fiel von Zeit zu Zeit in Ohnmacht, hatte eine träge Pupillarreaktion und einen schwachen und langsamen Puls.

Vom Arzte begab sich X. nach seiner Wohnung, indem er ca. $^1/_4$ Stunde die Pferdebahn benutzte und dann noch 5 bis 10 Minuten zu Fuss ging.

Dort lag er zunächst 14 Tage zu Bett und wurde mit Eisblase und Abführmitteln behandelt.

Er will in dieser Zeit 12 Pfund abgenommen haben.

Dann ging er in Behandlung des prakt. Arztes Dr. V. über.

Dieser berichtet in einem Zeugniss vom 8. August, X. habe damals den Eindruck hochgradiger Blutarmuth gemacht. Seine Pupillarreaktion sei träge, die Kniescheibenreflexe seien garnicht zu erzielen gewesen. Die sonstigen Körperorgane waren gesund, der Puls war ruhig, im Urin waren keine krankhaften Bestandtheile.

X. ging am 15. August nach einem ländlichen Badeorte, wo er kohlensaure Bäder nahm und einen Monat verblieb.

Alle Arztberichte stimmen darin überein, dass X. in jener Zeit einen schwerkranken Eindruck machte und zwar muthmasste man auf ein organisches Leiden.

Seit dem 9. Oktober 1899 ist er wieder im Dienst und zwar hatte er zunächst leichte Arbeit.

Er behauptet immer noch, Schmerzen im Rücken, heftige Kopfschmerzen, furchtbare Gedankenschwäche und Jucken am Hinterkopf zu haben, sich auch sehr abgespannt zu fühlen. Sein Stuhlgang sei jetzt regelmässig.

Meine eigenen Wahrnehmungen sind folgende:

Der X. ist mehr als mittelkräftig gebaut. Er ist jedenfalls kräftiger, als er den Eindruck macht, wenn man ihn in Kleidern sieht. Er ist in leidlich gutem Ernährungszustande, hat eine zarte Haut und frische Farben.

Sein Lidschluss ist unsicher, zitterig. Kurz nach demselben schwankt er etwas nach hinten über, steht aber dann sofort sicher.

Seine Zunge weicht etwas nach rechts ab. Die rechte Pupille ist nicht ganz rund, sie macht einen etwas eckigen Eindruck. Die Schmerzempfindung scheint an der Haut des ganzen Körpers herabgesetzt.

Sonst aber finden sich keinerlei krankhafte Abweichungen am Nervensystem, insbesondere reagiren die Pupillen deutlich auf Lichteinfall und Akkomodation, die Kniescheibenreflexe lassen sich beiderseits erzielen.

Die grobe Kraft sämmtlicher Muskeln ist ebenso erhalten, wie die Möglichkeit ihres Zusammenwirkens zu feineren Bewegungen. Nirgends sind schmerzhafte Druckpunkte, weder über Nervenstämmen, noch über den Wirbelfortsätzen. Auch das Beklopfen des Schädels zeigt keinen besonderen charakteristischen Schmerz. Der Puls ist auch jetzt ruhig und regelmässig. Die übrigen Körperorgane sind einwandsfrei. An den

Geschlechtstheilen finden sich weder Narben noch Drüsenschwellungen.

Was nun den seelischen Zustand anbetrifft, so macht H. zunächst einen ängstlich befangenen Eindruck. Er benimmt sich so, als ob es ihm schwer fiele den Faden des Gesprächs festzuhalten. Nachdem er aber lebhafter geworden ist, wurden seine Antworten rascher und sicherer und man sieht, dass er weder Lücken im Erinnerungsvermögen, noch Störungen der Auffassungskraft hat.

II. Gutachten. Dass H. durch die Körperverletzung am 22. Juli 1899 eine Erschütterung des gesammten Nervensystems erlitten hat, deren Wirkungen bis in die Gegenwart fortdauern, erscheint mir nach dem obigen thatsächlichen Material zweifellos.

Selbst wenn der Körper des H. durch vorhergegangene Erkrankungen für nervöse Störungen empfänglich gewesen sein sollte, wie der Angeschuldigte Y, bisher unbewiesen, behauptet, selbst dann ist die Verletzung die Haupt- nämlich die Ausbruchsursache des Nervenleidens.

Was nun die Art dieses Nervenleidens anbetrifft, so handelt es sich, wie der Verlauf und die gegenwärtige Untersuchung beweist, nicht um eine organische Erkrankung, weder um eine solche des Rückenmarks noch um eine solche des Gehirns, sondern es handelt sich um ein funktionelles Leiden, um eine Nervenerschöpfung und Ueberreizung, um eine sogenannte Neurasthenie.

Ein Verfall in Lähmung in Folge dieses Leidens liegt nicht vor, denn der H. ist thatsächlich im Stande, jeden Theil seines körperlichen Bewegungsapparats, zu den Bewegungen zu welchen er von Natur bestimmt ist zu benützen.

Was aber den Begriff des Siechthums anbetrifft, so möchte ich denselben analog mit den Entscheidungen des Reichsgerichts und den Auslegungen der wissenschaftlichen Deputation definiren: als einen chronischen, d. h. in seinen Ausgängen unabsehbaren Krankheitszustand, welcher durch Beeinflussung des Allgemeinbefindens Lebensgenuss und Arbeitsfähigkeit erheblich schädigt.

Dann aber bildet der hier vorliegende Grad von Neurasthenie keinen Siechthumszustand.

Schon $2^1/_2$ Monat nach der Beschädigung ist H. wieder zu seiner Berufsthätigkeit zurückgekehrt.

Wenn er auch gegenwärtig noch nicht voll arbeitsfähig ist, so ist von einer erheblichen Schädigung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr die Rede.

Aehnlich wird es mit der Genussfähigkeit stehen.

Ausserdem ist nach dem gegenwärtigen Zustande, selbst wenn noch Schwankungen im Befinden eintreten sollten, eine völlige Heilung in absehbarer Zeit, d. h. in 3 bis 6 Monaten (mit kürzeren Zeitabschnitten rechnet man nicht bei dergleichen Krankheitsformen) wahrscheinlich.

Demnach gelange ich zu dem Gutachten:

> Der Thatbestand des § 224 des Reichsstrafgesetzbuchs kommt bei dem Gemeindebeamten X. nicht in Frage.

In Folge dieses Gutachtens nahm der Staatsanwalt von der Erhebung der öffentlichen Klage Abstand und verwies den Beschädigten auf den Weg der Privatklage.

So weit ich es durch Rückfrage feststellen konnte, ist letztere nicht erfolgt, wie ja recht häufig, wenn der erste Zorn verraucht ist, die private Verfolgung derartiger kleinlicher Streitigkeiten unterbleibt. Der Verletzte überlegt sich, wenn er erst die Sache ruhig abwägt, dass er durch sein Verhalten Mitschuld an dem Vorfalle hat und dass es besser ist, wenn sein Antheil an der Sache vor Gericht nicht erst kritisirt wird.

Ausserdem ist ein Strafantrag sehr bequem, eine Privatklage erfordert Zeit, Umstände und baare Auslagen.

Ferner bedenke man den Unterschied in der Strafhöhe. Auf Verletzungen aus § 224 steht Zuchthaus bis zu fünf Jahren bezw. Gefängniss nicht unter einem Jahre, bei mildernden Umständen Gefängniss nicht unter einem Monat. Eine einfache Körperbeschädigung ohne Waffe auf dem Wege der Privatklage verfolgt, hätte dem Thäter vielleicht 15 bis 30 Mark Strafe gekostet.

Nach alledem glaube ich nicht zu viel gesagt zu haben, wenn ich meine, dass die strafrechtliche Sühne in solchen Fällen mit dem vom eignen Wollen unabhängigen Ausgange eines Glücksspiels eine verzweifelte Aehnlichkeit hat. —

Dies leuchtet auch der Rechtswissenschaft ein und moderne Strafgesetzbücher sind daran gegangen, gerade bei der vorliegenden Strafthat die Erfolgshaftung auszumerzen.

So lautete der Art. 66 des Vorentwurfs zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch.

„Hat die Körperverletzung eine schwerere Folge als der Thäter wollte oder voraussehen konnte, so wird ihm die Folge zugerechnet, die er verursachen wollte oder voraussehen konnte."

In Deutschland ist es namentlich die internationale kriminalistische Vereinigung, welche die Frage der Erfolgshaftung zu prüfen beginnt und in der diesjährigen Landesversammlung in Strassburg, auf welche in dieser Zeitschrift noch zurückgekommen werden soll, stellte Seuffert (Bonn) folgende Leitsätze auf:

„1. Die Abstufung der Strafen nach dem Erfolge ohne Rücksicht auf Verschulden ist zu verwerfen.

2. Insbesondere ist eine Straferhöhung wegen schwerer Körperverletzung oder wegen tötlichen Verlaufes einer Verletzung nur dann zu rechtfertigen, wenn diese Folgen vom Thäter vorausgesehen werden konnten."

Wünschenswerth wäre es, wenn Aerzte und vor allem reichlich beschäftigte Gerichtsärzte mehr als bisher kasuistische Beiträge zum § 224 des R. St. G. zusammentrügen. Dann würden die Mängel dieses Theiles der Gesetzgebung deutlicher werden.

Strychninvergiftung durch Syrup. hypophosph. Fellows.

Von
Dr. Otto Jonas-Düsseldorf.

Strychninvergiftungen, besonders arzneiliche, sind in Deutschland bei der geringen Verwendung des Strychnins als Heilmittel ziemlich selten. In der Litteratur seit 1887, so weit sie mir zugänglich war, fand ich nur vier Fälle beschrieben, von Cohn in den Therapeutischen Monatsheften 1887, von Honigmann (aus der Giessener Klinik) in der Deutsch. med. Wochenschrift 1889, aus demselben Jahr von Prinzing im Württemb. Correspondenzblatt, endlich von Wachholz in der Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1894; dazu kann ferner ein von Habel 1898 in der München. med. Woch. aus der Zürcher Klinik mitgetheilter Fall gerechnet werden. Viermal lag Selbstmord-, einmal Mordversuch vor; der Tod trat einmal ein. Arzneivergiftungen, durch Verwechslung oder durch falsche Dosirung, waren nicht darunter. Auch aus dem Ausland fand ich in den „Therap. Monatsheften" und in „Schmidt's Jahrb." nur fünf Fälle referirt; ausserdem waren in der „med. Bibliographie" der letzteren im ganzen seit 1887 noch 26 Fälle, fast ausnahmslos nichtdeutsche, verzeichnet.

Von allen diesen Vergiftungen, soweit ich die Originalien oder Referate einsehen konnte, war keiner durch irrthümlich zu starke Dosirung einer strychninhaltigen Arznei herbeigeführt. Es wird sich daher die Mittheilung des folgenden Falles um so mehr rechtfertigen, als er durch ein

Mittel verursacht wurde, von dem ich schädliche Wirkungen nirgends berichtet finden konnte.

Das $2^1/_4$ Jahre alte Kind des Arbeiters W. hatte am 18. Januar 1900 von seinem vierjährigen Brüderchen in einem unbewachten Augenblick aus einer fast gefüllten Flasche „Fellows' Compound Syrup of Hypophosphites“, die von einem Kollegen für den halbwüchsigen Bruder verordnet war, etwa zwei Theelöffel voll, mit der gleichen Menge Wasser verdünnt, erhalten; der Magen des Kindes war vermuthlich, es war kurz vor dem Mittagessen, ziemlich leer. Als die Mutter, die angeblich nur auf zwei bis drei Minuten das Zimmer verlassen hatte, wieder eintrat, fand sie das Kind in heftigen Krämpfen. Eine Viertelstunde später sah ich es. Der Körper der kleinen Patientin wurde von ausserordentlich heftigen, kaum unterbrochenen klonischen Zuckungen der gesammten Muskulatur, sowohl der Gliedmassen wie des Rumpfes und Gesichts, erschüttert; zuweilen krümmt er sich in tetanischem Krampfe zu einem fast halbkreisförmigen nach hinten offenen Bogen, wobei eine Drehung um die Längsachse des Körpers (Torsion) besonders auffallend ist. Die Kraft der Muskelkontraktionen ist so gross, dass es nur mit äusserster Mühe gelingt, die Zahnreihen ein wenig von einander zu bringen. Die Hautfarbe ist cyanotisch, die Pupillen sind vollständig erweitert; der qualvolle Gesichtsausdruck und das Verhalten des Kindes in den spärlichen Pausen zwischen den Anfällen lassen auf voll erhaltenes Bewusstsein schliessen. Zu einer eingehenderen Untersuchung blieb bei dem bedrohlichen Krankheitsbilde keine Zeit.

Nachdem der Versuch, mittelst eines elastischen Katheters den Magen zu entleeren und auszuspülen, sich als ganz unausführbar erwiesen hatte, auch nachdem die Oeffnung des Mundes gelungen war, wurde Patientin bis zur Ankunft arzneilicher Mittel in ein warmes Bad gesetzt, in welchem die Krämpfe nach ca. 10 Minuten etwas nachliessen. Alsdann wurde 0,1 g Cupr. sulf. in einprozentiger Lösung dreimal in viertelstündlichen Zwischenräumen per os gereicht und geschluckt, mit der gewünschten Brechwirkung; zugleich wurde 0,1 g Chlor. hydr. als Klystir verabfolgt. Dadurch liessen die Krämpfe so weit nach, dass nunmehr der Magen genügend ausgespült werden konnte. Endlich wurde, um auch den Darm schnell zu entleeren, 0,1 g Kalomel gegeben — später nochmals ebensoviel. Bald trat als Wirkung des Chloralhydrats Schlaf ein, während dessen die Krämpfe ganz aufhörten, abgesehen von einzelnen blitzartigen Zuckungen, die den Körper durchliefen; dabei war deutlich die auslösende Wirkung äusserer Reize, z. B. lauten Sprechens, Erschütterung des Fussbodens, zu bemerken. Die weitere Behandlung bestand in der Abhaltung dieser Reize und zweistündlichen Gaben von 0,02 g Chloral. hydrat. per os.

Um 6^h Nachmittags war das Befinden andauernd befriedigend: nach dem Erwachen aus dem Chloralschlaf waren die Krämpfe bis auf die erwähnten blitzschnellen Zuckungen fortgeblieben, es war mehrmals reichlicher Stuhlgang eingetreten. Die Pupillen sind normal; Fusssohlenreflexe deutlich gesteigert, Fussklonus leicht auslösbar. Dagegen fehlt der Patellarreflex — eine Beobachtung, die ich nur noch von Honigmann l. c. erwähnt finde; an den folgenden Tagen hingegen war er — ebenfalls entsprechend dem H.'schen Falle[1]) — bedeutend gesteigert; auch Fusssohlen- und Bicepsreflexe sowie Fussklonus waren noch zwei Tage später sehr leicht zu erzielen; die allgemeinen Zuckungen dagegen waren ganz geschwunden.

Leider war es nicht möglich, den Rest des Medikaments oder den Mageninhalt auf den Strychningehalt zu untersuchen; ersterer war schon vor meinem ersten Besuch fortgegossen worden, und letzterer wurde entgegen meiner Anordnung ebenfalls beseitigt. Ein Zweifel an der Aetiologie kann dennoch nicht walten bei dem ganzen so überaus charakteristischen Krankheitsbild. Nach Angabe der Fabrikanten enthält ein Theelöffel des Syrup. hypophosph. 0,001 g Strychnin, das Kind hätte also danach, eine gleichmässige Vertheilung vorausgesetzt — es sei nochmals ausdrücklich bemerkt, dass die Flasche fast gefüllt war, der „Bodensatz“ also nicht die Schuld tragen konnte — ca. 0,002 g Strychnin erhalten. Die Maximalgabe für Erwachsene beträgt 0,01 g, die tödtliche Gabe 0,05—0,1 g. Zu bemerken wäre noch, dass die Patientin Zeichen einer mittelschweren, doch anscheinend überstandenen, Rhachitis aufwies; die grosse Neigung zu Konvulsionen, welche diese Krankheit mit sich bringt, ist vielleicht nicht ohne Einfluss auf die starke Wirkung des Strychnins gewesen.

Was unseren Fall besonders beachtenswerth macht, ist, dass die Vergiftung durch eine Arznei hervorgerufen wurde, die, wie ich von den Apothekern erfahre, neuerdings bei uns sehr viel gebraucht und wohl meist mehr als harmloses Roborans denn als starkwirkendes Gift angesehen wird — sehr erklärlich bei einem Mittel, dass „bei allen Schwächezuständen durch hohes Alter, Klimakterium, Wochenbette, schwere Krankheiten, bei Neurasthenie, Hysterie und nervöser Erschöpfung, bei Anämie und Chlorose, bei Heiserkeit, Bronchitis, Lungen- und Kehlkopftuberkulose, Skrophulose, Rhachitis, als Schutz bei Influenza und anderen Epidemien“ seine Wirkung entfalten soll. In den Apotheken wurde mir mitgetheilt, dass das Präparat, nachdem es ein Mal verordnet war, oft im Handverkauf verlangt — und anstandslos abgegeben wird! Jedenfalls ist das Publikum bei dergleichen, nicht in Rezeptform „verschriebenen“ Mitteln sehr geneigt, es weniger genau mit der Aufbewahrung und Anwendung zu nehmen, nach Analogie mit anderen, ähnliche Wirkung bezweckenden, aber harmloseren „Kräftigungsmitteln“. Zudem ist die kumulative Wirkung des Strychnins bei längerem Gebrauch, der durch die 275 resp. 550 g fassenden Originalflaschen und die Möglichkeit, sie im Handverkauf zu erhalten, sehr begünstigt wird, wohl zu beachten. Es dürfte daher angebracht sein, mit der Verordnung und bei der Verordnung dieses Präparates grosse Vorsicht walten zu lassen, im besonderen auch die Kranken vor unvorsichtiger Handhabung und zu starker Dosirung, sowie vor eigenmässiger Fortsetzung des Gebrauchs mit hinlänglichem Nachdruck zu warnen — wenn anders man auf dieses „Allheilmittel“ nicht lieber ganz verzichten will.

[1]) H. bringt das Auftreten des verstärkten Patellarreflexes nach anfänglichem Fehlen in Zusammenhang mit dem verabfolgten Chloralhydrat; in unserem Falle kann dieser Zusammenhang nicht angenommen werden, da noch fünf Stunden nachher der Reflex fehlte.
Anm. d. Verf.

Referate.

Allgemeines.

Neuere Arbeiten zur gerichtsärztlichen Blutuntersuchung.

Sammelbericht.

I. Seitdem Kratter und Hammerl nachgewiesen haben, dass konzentrirte Mineralsäuren — nach Szigeti auch reine Karbolsäure — aus Blut, mag es selbst verfault oder angebrannt sein, einen noch in geringster Menge spectroskopisch nachweisbaren Farbstoff, das Haematoporphyrin, gewinnen lassen, hat der Nachweis von Blut durch den Gerichtsarzt an Sicherheit viel gewonnen. Dies bestätigen in neueren Arbeiten u. A. Ipsen und Dwornitschenko. Wenn sich durch die Einwirkung der Säure auch nur ein kleines granatrothes Flöckchen mit durchscheinendem Rande bildet, das man auffangen und zwischen zwei Objektträger klemmen kann, so genügt das schon, um die beiden kennzeichnenden Streifen im Spectrum erkennen zu lassen: Einen schmalen blässeren links

von der Frauenhoferschen Linie D und einen breiten gesättigteren rechts von derselben.

Ipsen geht in der Empfehlung der Probe noch weiter als ihr Urheber. Während Letzterer sie als nicht anwendbar bei flüssigem oder halbflüssigem Blut bezeichnet, meint I., dass man in solchen Fällen das Blut einfach eintrocknen lassen kann. Störend sollen organische Stoffe wirken, die von der Säure bekanntlich verkohlt werden und dann die Lösung dunkel färben. Aber auch dem lässt sich nach I. begegnen. Die Verkohlungserzeugnisse lösen sich nämlich sehr rasch, zu einer Zeit, wo der Blutfarbstoff noch ungelöst bleibt. Wenn man also die Säure abgiesst, solange sie sich noch dunkel färbt, so kann man mit den Rückständen ohne weiteres die Haematoporphyrinprüfung anstellen.

Eine lehrreiche Versuchsreihe Ipsens knüpft an die Thatsache an, dass auch verkohltes Blut meist nicht soweit zerstört wird, um die Darstellung des Haematoporphyrins unmöglich zu machen. Er untersuchte nämlich verkohlte Leichentheile daraufhin, ob ihr gewöhnlicher Blutgehalt schon zur Anstellung der Kratter'schen Probe genüge. Bei Milz, Leber, Lungen, Muskeln, Nieren war das der Fall, beim Gehirn nur ausnahmsweise, bei der Haut und dem Unterhautzellgewebe nie. Nun untersuchte I. verkohlte Haut, die von einer im Leben erworbenen Wunde herrührte, vor dem Tode also blutig durchtränkt war, und siehe da — sie gab das Haematoporphyrinspektrum, während die übrigen Hautstückchen von derselben Leiche versagten. So ermöglicht also die Krattersche Probe unter Umständen die ungemein wichtige Entscheidung, ob eine Verletzung bei einem Verbrannten vor oder nach dem Verbrennungstode erfolgt ist. (Nebenbei gestattet die Schwefelsäure, selbst aus ganz verkohlten Theilen noch besser als man denken sollte, unzerstörte Gewebstheile herauszubekommen, die mikroskopisch untersucht werden können.)

Trotz dieser Vortrefflichkeit des Haematoporphyrinnachweises hat I. sich bemüht, noch weitere Methoden zum Nachweis von Blut in sehr kleiner Menge, besonders in sehr alten Spuren auszubilden. Es ist ihm dies schon früher mit geröstetem schwefelsaurem Kupfer bei Gegenwart von Alkohol gelungen; doch versagt dieses Mittel bei frischerem Blut, wenn man nicht dem Reagens von vornherein 1 bis 2 Tropfen reine Schwefelsäure zusetzt. Sehr sichere Erfolge soll man erzielen, wenn man den zu untersuchenden Gegenstand mit 5 bis 10 gr essigsaurem Kali und 100 gr reinem Alkohol bei 38 bis 40 Grad Celsius mehrere Tage stehen lässt. Dann geht Haematin in Lösung, das in starker Lösung bei auffallendem Licht braunroth, bei durchfallendem granatroth bis olivgrün, in dünner Lösung strohgelb erscheint. Dies hat bekanntlich ein besonderes bezeichnendes Spectrum, wenn man es durch Zusatz von Schwefelammoniumlösung zu reduzirtem Haematin umgewandelt hat.

Bei sehr kleinen Mengen des zu untersuchenden Stoffes empfiehlt Dwornitschenko folgendes Verfahren: Das zu untersuchende Bröckchen wird auf ein Objektglas mit einem Tropfen Kalilauge (1 Theil Aetzkali und 2 Theile Wasser) gebracht und mit einem Deckglas bedeckt. Nach einer halben Stunde kann man mikroskopisch auf Blutkörperchen untersuchen. Einerlei, wie die Untersuchung ausfällt, wird nun das Präparat ganz vorsichtig über der Spirituslampe erwärmt, bis — gewöhnlich nach 1 bis 2 Minuten — die Masse hellroth mit einem Stich ins gelbliche oder purpurroth wird und ihre Ränder sich abrunden. Ob das der Fall ist, muss von Zeit zu Zeit mit Vergrösserung über weissem Papier geprüft werden. Ist der Zeitpunkt erreicht, so sieht man sich das Präparat spectroskopisch an und findet, wenn Blutfarbstoff vorhanden, die beiden Linien des reduzirten Haematins zwischen D und E. Ist die Masse auf dem Gläschen zu dick, so muss man sie etwas auseinander pressen.

Die alte Blutprobe durch Darstellung der Haeminkrystalle ist in neuerer Zeit sehr in den Hintergrund getreten. Nur der Vollständigkeit halber führt man sie neben der Spectraluntersuchung aus. Richter macht über den Werth der Haeminprobe eine Reihe von Angaben auf Grund sorgfältiger Untersuchungen. Unter 50 positiven Blutproben, die im Wiener gerichtlich-medizinischen Institut untersucht wurden, ergaben nur 36 Haeminkrystalle. Waren die Spuren auf Eisen oder Messing angetrocknet, so gelang die Darstellung der Krystalle nicht (3 Fälle). Die mehrfach abgeleugnete Behauptung, dass Metall die Probe beeinträchtigt, scheint danach richtig zu sein. Dagegen scheint der schädliche Einfluss einer Beimengung von Fett sehr übertrieben worden zu sein. Ein Unterschied, je nach der Art des Gewebes, konnte bei Blutspuren auf Stoffen nicht festgestellt werden. Die Gegenwart von Anilinfarben scheint die Reaktion stören zu können.

Wenn die Herstellung der Haeminkrystalle gelingen soll, so muss, theoretisch betrachtet, 1. Blutfarbstoff in Lösung gehen, 2. der Blutfarbstoff in Gestalt des Haematins vorhanden sein oder in diese übergehen, 3. das Haematin sich mit Chlor verbinden und 4. die krystallische Form des Chlorhaematins (Haemins) entstehen können. Jede dieser vier Entwickelungsstufen der Teichmann'schen Krystalle könnte irgendwie gehindert werden.

Ad 1. Es stellte sich heraus, dass von den 50 Blutproben nur 33 in Wasser lösliches Hämatin enthielten: von den übrigen 17 versagten thatsächlich bei der Untersuchung 13.

Die Unlöslichkeit des vorhandenen Farbstoffs merkt man bei der Teichmannschen Probe gewöhnlich schon daran, dass sich der Eisessig, der benützt wird, nicht bräunt.

Auf diese Weise sind 13 Misserfolge in der obigen Versuchsreihe erklärt, der eine, der noch unerklärt bleibt, beruht wahrscheinlich auf Färbung des betr. Gewebsstoffes mit einer Anilinfarbe.

Ad 2. Bei Zusatz des Eisessigs geht manchmal der Blutfarbstoff gleich in reduzirtes Hämatin über, das keine Krystalle giebt. In diesem Falle braucht man die Lösung nur 12—24 Stunden stehen lassen, dann hat sich wieder gewöhnliches Hämatin gebildet, und die Probe gelingt.

Ad 3. Die Chlorirung gelingt wohl immer.

Ad 4. Die Hindernisse für die Krystallbildung sind sicher in der Praxis nur gering. Man muss nur vorsichtig sein. Weder darf man das Präparat zu stark erhitzen, nur knapp bis zum Sieden, noch darf man zu wenig Säure zusetzen. Am besten benützt man daher statt des flachen einen hohl geschliffenen Objektträger oder ein Uhrglas.

II. Alle bisher besprochenen Untersuchungen haben lediglich die Anwesenheit von Blutfarbstoff überhaupt zum Gegenstand. Viel schwieriger ist es, zu bestimmen, ob das Blut vom Menschen oder irgend einem Thiere herrührt. Vögel, Fische und Amphibien sind am ehesten auszuschliessen. Sie haben kernhaltige rothe Blutkörperchen, die Kerne lassen sich, wenn man die Blutspur mit 5 prozentiger Essigsäure behandelt, oft nachweisen. Aber schon dies gelingt nicht immer, da Spaltpilze an feuchtem Orte die Kerne zerstören. Was nun die Unterscheidung des menschlichen vom Thierblute betrifft, so hat man geglaubt, dass die durch neutrale Farbstoffe färbbaren Körnchen der weissen Blutkörperchen nur dem Menschen eigen sind — das hat sich nicht bestätigt. Man hat ferner die rothen Blutkörperchen der verschiedenen Thierarten gemessen. Hierbei ist nun zunächst zu berücksichtigen, dass Zusatzflüssigkeiten die Grösse der Körperchen beeinflussen. Däubler hat neuerdings festgestellt, dass, wenn man frisches oder auf durchsichtiger Unterlage angetrocknetes Blut hat, in

dem völlig unversehrte Körperchen zu sehen sind, und wenn man eine grosse Menge von Körperchen misst, zwischen Menschen einerseits, Kaninchen und Meerschweinchen andrerseits bestimmte Unterschiede zu finden sind, zwischen Menschen und Hunden aber nicht, wahrscheinlich dagegen wieder zwischen Negern und Weissen (Genaueres muss im Urtext nachgelesen werden). Aus Blut, das an Geweben, Holz oder dergleichen angetrocknet ist, messbare Blutscheiben zu gewinnen, ist D. nicht gelungen.

Für aussichtsvoller hält Dwornitschenko die Darstellung der Hämoglobinkrystalle — nicht zu verwechseln mit Häminkrystallen! — von verschiedenen Thieren. Die Hämoglobinkrystalle des Menschen sollen rechtwinklig sein, was D. bei Thieren nie gefunden haben will. Um sie darzustellen, löst man die Blutspur in möglichst wenig Wasser, überträgt einen Tropfen auf den Objektträger und lässt ihn trocknen. Ist der Rand eingetrocknet, so legt man ein Deckgläschen auf, unter dem die Krystallisirung vor sich geht. Erfolgt keine Krystallbildung, so bedeutet dies, dass kein reduzirtes Hämoglobin vorhanden ist, man muss dann die Lösung erst ein paar Tage stehen lassen, damit der Blutfarbstoff Sauerstoff abgiebt. Natürlich bedürfen diese Angaben der Nachprüfung.

III. Zur Untersuchung des Blutes auf Kohlenoxyd hatte Ipsen 1898 eine neue Methode ausgegeben. Dieser gegenüber hält Wachholz den grösseren Wert der alten, von ihm etwas verfeinerten Tanninprobe aufrecht.

Literatur.

1. C. Ipsen. Ueber den Werth der Haematoporphyrinprobe für forensischen Blutnachweis. Vierteljschr. f. ger. Med. 1900. H. 3.

2 Dwornitschenko: Einige Beobachtungen über die Untersuchung von Blut- und Samenflecken. Ebenda.

3. M. Richter: Ueber Häminkrystalle. Ebenda.

4. C. Däubler: Ueber die Untersuchung menschlichen und hierischen Blutes durch Messung von Grössenunterschieden rother Blutkörperchen. Vierteljschr. f. ger. Med. 1899 H. 4.

5. L. Wachholz: Ueber die neueste Methode zum chemischen Nachweis von Kohlenoxydblut.

Chirurgie.

Weitere Erfahrungen über traumatische Wirbelerkrankungen (Spondylitis traumatica) und die diesen verwandten Affektionen der Wirbelsäule.

Von Dr. J. Schulz.

(Beiträge für klinische Chirurgie von v. Bruns, Bd. 27, Heft 2, S. 363.)

Die Arbeit ist das Resultat der Beobachtungen der letzten 5 Jahre in der Kümmellschen Abtheilung. Von 30 Patienten, die unter der Diagnose Spondylitis traumatica eingingen, konnten 21 Fälle als typisch reine Fälle abgesondert werden, den Rest bildeten Hypochonder, Hysteriker oder Simulanten. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um verhältnissmässig leichte Insulte (Heben schwerer Balken, Sturz aus unbedeutender Höhe etc). Das charakteristische der Spondylitis traumatica ist: „der Gibbus und seine Begleiterscheinungen überraschen uns resp. den Verletzten dann, wenn der Unfall fast vergessen ist". Schulz wendet sich gegen die Auffassung, dass alle diese Fälle als Wirbelfrakturen schlechthin bezeichnet werden. „Wir haben es mit einem genau präzisirten, streng typisch verlaufenden Krankheitsbilde zu thun, das sich doch wohl in keinem einzigen Falle mit dem Begriffe des akuten Wirbelbruchs deckt. In diesem Sinne wurde es denn auch von der Mehrzahl erfahrener Begutachter aufgefasst und als ein wesentlicher Fortschritt in der Beurtheilung Unfallverletzter auf dem Gebiete der traumatischen Wirbelsäulenerkrankungen anerkannt." Der Name Spondylitis ist nicht glücklich gewählt, da es sich ja nicht um eine Entzündung handelt. Es ist nicht zu bezweifeln, dass meist auch an der aus schwammiger Knochenmasse bestehenden Wirbelkörpern eine Infraktion, eine Kompression, Fissur, eine unvollkommene Fraktur als isolirte Verletzung vorkommen kann. Wirbelverlagerung und periostale Wucherungen können Kompressionsneuritis machen; Markkompression ist gewiss nur selten. Die Verschiebung des Körperschwerpunktes und der Schmerz in der Wirbelsäule machen Mobilitätsstörungen; das lange Kranksein setzt Reizbarkeit des Centralorgans: Neurasthenie, psychische Depression.

Guder.

Ueber Spondylitis typhosa.

Von Dr. A. Schanz.

(Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 21, H. 1.)

Seit der Mittheilung Quinckes über ein bis dahin unbekanntes Krankheitsbild, das er als spondylitis typhosa bezeichnete und zweimal beobachtet hatte, ist von Konitzer ein dritter und jetzt von dem Verfasser ein vierter Fall beobachtet worden.

Der erste Quincke'sche Fall, welcher einen leichten Typhus durchgemacht hatte, klagte am 34. Krankheitstage über Schmerzen in der Lumbalgegend; im zweiten traten die Kreuzschmerzen 15 Wochen nach Beginn des Typhus und zehn Wochen nach der Entfieberung auf. Im Falle Konitzer's war ein schwerer Typhus ausserhalb des Krankenhauses vorausgegangen, der Patient verrichtete seine Thätigkeit als Schmied wieder, bis sich plötzlich, nach leichten vorangegangenen Schmerzen, die Erkrankung der Wirbelsäule einstellte.

In dem Falle Schanz's wurde bei der Aufnahme der Patientin in die innere Klinik ein schwerer Typhus festgestellt. Roseolen waren vorhanden und die später vorgenommene Agglutinationsprobe ergab ein positives Resultat. Ausserdem bestand eine leichte, rechtsseitige Ohreiterung. Vier Tage später stellte sich am rechten Auge eine entzündliche Affektion mit Chemosis und Vortreibung des Augapfels ein: Nach 14 Tagen brach hinter dem Limbus an der Schläfenseite ein Abscess durch; es bildete sich schliesslich ein „bulbus phthisicus dolorosus". In der dritten Krankheitswoche spürte Patientin zum ersten Male blitzartige Schmerzen und Zuckungen im rechten Bein, in der fünften Woche traten spannende Schmerzen in der Kreuzgegend hinzu. Von ihrem Typhus geheilt, suchte Patientin ihr Elternhaus auf, woselbst die Kreuzschmerzen dauernd zunahmen, so dass sie meist liegen musste.

Die Diagnose auf typhöse Wirbelentzündung wurde jetzt drei Monate nach dem Beginn des Typhus von Schanz gestellt, als er die Patientin bei der Entfernung des Augapfels zum ersten Male sah. Die eigenthümliche Weise, in der sie sich auf den Operationstisch legte, liess ihn eine Spondylitis vermuthen. Es fand sich jetzt eine Druckempfindlichkeit des letzten Lendenwirbeldornfortsatzes. Beim Beklopfen desselben empfand Patientin dumpfe Schmerzen in der Tiefe des Beckens. Bei allen Bewegungen des Körpers zeigte Patientin die den Spondylitikern eigene Steifigkeit der Wirbelsäule durch Muskelzug. Eine Formveränderung oder eine Schwellung waren nicht vorhanden. Patientin wollte sich nicht sofort der vorgeschlagenen Behandlung unterwerfen, was zur Folge hatte, dass sich in den zwei folgenden Wochen ihr Zustand so verschlimmerte, dass sie absolut unbeweglich wurde. Es wurde dann auf dem Nebelschen Schrägschwebelagerungsapparat ein Gipsbett angefertigt und Patientin in dieses tags darauf gelegt. Die Schmerzen waren jetzt mit einem Schlage beseitigt, ihr Aussehen und ihr Wesen wechselten ganz plötzlich. Nach kurzer Zeit verursachte auch das Umbetten der Patientin keine Schmerzen mehr und nach vier Wochen konnte man ihr im Beely'schen Rahmen einen Modell-Gipsverband anfertigen, nach welchem

ein Leder-Drell-Corsett hergestellt wurde. In letzterem wurde sie sechs Wochen nach ihrer Aufnahme zunächst stundenweise, dann immer länger in einen Lehnstuhl gesetzt. Allmählich begann sie Steh- und Gehübungen zu machen. Vier Monate nach ihrer Aufnahme konnte sie ohne Schmerzen und ohne einen pathologischen Befund geheilt entlassen werden. Das Corsett trug sie aber noch aus Vorsicht und des Nachts schlief sie in dem Gipsbett.

Schanz bezweifelt, dass der erste Quincke'sche Fall thatsächlich eine Spondylitis gewesen sei, weil bei ihm eine Empfindlichkeit der Wirbelsäule nur vorübergehend konstatirt wurde und weil diese Empfindlichkeit in einer Weise wechselte, wie das bei einer Spondylitis kaum denkbar ist. Ich muss Sch. hierin vollständig zustimmen.

Nach Ausschaltung dieses Falles entwirft Schanz auf Grund der anderen Fälle folgendes Bild der Spondylitis typhosa:

Die Zeit ihrer Entwicklung wird in den gleichen Zeiten eintreten, wie die typhösen Knochenerkrankungen überhaupt. D. h. es wird Fälle geben, die schon früh, noch in der Fieberperiode des Typhus einsetzen und andere, in denen die Wirbelentzündung erst sehr spät einsetzt. Die letzteren werden am meisten Aehnlichkeit mit der Spondylitis tuberculosa haben.

Es wird entsprechend der relativen Gutartigkeit typhöser Knochenerkrankungen überhaupt, auch meistens die posttyphöse Spondylitis einen leichten Verlauf nehmen. Dann wird eine rasch vorübergehende Schmerzhaftigkeit bei Bewegung des Rumpfes im Fieberstadium oder kurz nach demselben, das einzige Symptom sein. Die chronisch verlaufenden Fälle mit langer Latenz werden eine noch geringere Neigung zur Ausbildung von Difformitäten haben, wie die tuberkulöse Spondylitis beim Erwachsenen sie schon hat. Die typhöse Spondylitis kann aber ebenso gut, wie die tuberkulöse zur Abscessbildung führen.

Der akute Beginn der Erkrankung wird zunächst die typhöse von der chronisch beginnenden tuberkulösen Spondylitis unterscheiden. Der zeitliche Zusammenhang mit dem Typhus wird dann eine grosse Bedeutung für die Diagnose haben. Das erste Krankheitszeichen wird hervorragende Schmerzhaftigkeit sein. Ist die Entzündung im Wirbelkörper intensiv, so wird sich ein starkes entzündliches Oedem bilden, das zu einer schwereren Schädigung des Rückenmarkes und zur Erzeugung spinaler Symptome führen wird. Die Schwellung wird andererseits zur Körperoberfläche dringen können und dort eine Vorwölbung bedingen. Sie wird nicht gleichbleibend und meist nur von kurzer Dauer sein. Einen längeren Bestand werden dagegen die spinalen Symptome besitzen.

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die akuten Fälle häufig mit Fiebererscheinungen einhergehen.

Eine Eigenthümlichkeit der Spondylitis typhosa ist es, dass neben dem Herd in der Wirbelsäule, sich noch weitere Herde bilden, wie es bei typhösen Knochenerkrankungen in 40 Prozent der Fälle zu sein pflegte. Dies Verhalten zeigte auch die Erkrankung in dem Falle von Schanz, bei welchem gleichzeitig noch ein Herd am Auge und ein zweiter in der Schulter bestand. Die Nebenherde können von ausschlaggebender Bedeutung für die Diagnose sein, besonders wenn man ihnen zur Untersuchung Entzündungsprodukte entnehmen kann.

Für die leichtesten Fälle wird es meist genügen, die Patienten in Rückenlage zu halten und fieberwidrige und schmerzstillende Mittel soweit in Anwendung zu bringen, als es ohne einen zu häufigen Lagewechsel der Kranken möglich ist. Man muss bemüht sein, die Lagerung so vorzunehmen, dass die Wirbelsäule möglichst lordotisch steht, weil die dadurch erzielte Streckung in der Wirbelkörperreihe gut schmerzstillend wirkt.

Für die schwereren Fälle sind das Gipsbett und Stützkorsett nothwendige und vortreffliche Hilfsmittel. Zu dieser aktiveren Therapie muss man übergehen, sobald der Fall ein bedenklicheres Aussehen annimmt; denn einen zu langen Aufschub der Behandlung kann der Kranke mit grossen Schmerzen büssen müssen. Stabel.

Ueber die Tuberkulose der Knochen und Gelenke des Fusses.

Auf Grund von 704 Fällen der von Bruns'schen Klinik.

Von Dr. Otto Hahn.

(Beiträge zur klinischen Medizin von Bruns. Bd. 26. Heft 2. S 525.)

Die Arbeit umfasst alle Fälle aus den letzten 50 Jahren: 685 Kranke mit Fusstuberkulose, und da 19 an beiden Füssen litten, 704 Krankheitsfälle. Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke des Fusses verhält sich ebenso wie die Tuberkulose anderer Knochen und Gelenke hinsichtlich der Vertheilung auf das Geschlecht — die Männer zu 62 Prozent betroffen — die Bevorzugung des jugendlichen Alters, insbesondere die Pubertätszeit, ferner im Hinblick auf Heredität, auf die Beeinflussung durch die Berufsthätigkeit, durch die soziale Lebensstellung überhaupt. Die Entstehung des Leidens ist in 13 Prozent der Fälle auf ein vorausgegangenes Trauma als Gelegenheitsursache zurückzuführen. Es handelte sich 33 mal um Kontusionen und 54 mal um Distorsionen, 1 mal um eine Schussverletzung und 2 mal um Frakturen. Die Kontusionen waren meist Folgen eines Schlages oder Trittes auf den Fuss, oder durch das Auffallen eines schweren Gegenstandes verursacht. Die häufigste Veranlassung für Distorsionen bot das einfache Uebertreten des Fusses. „Die direkten Folgen des Traumas bestanden in Schmerzhaftigkeit und Schwellung und zwar hört letztere in $^2/_3$ der Fälle unmittelbar nach der Verletzung auf, die übrigen Male erst nach einer bis mehreren Wochen. Es ist schon die Forderung erhoben worden, es müsse eine verbindende Brücke vorhanden sein, die von dem Unfalle bis zum Auftreten der Tuberkulose hinüberführe; doch ist dies schwer durchführbar, oft ganz unmöglich. Es lässt sich keine Schablone aufstellen, jeder Fall muss für sich geprüft werden. So traten in 10 Fällen unmittelbar nach dem Unfall Schmerzen und Schwellung ein, die sich im Laufe einiger Tage bis mehrerer Wochen wieder verloren, um nach einigen weiteren Wochen scheinbarer Wiedergenesung sich aufs neue einzustellen. Oder es kam überhaupt nicht zu einem Rückgang der Erscheinungen, es sei denn zu einem kaum nennenswerthen, sondern im Anschluss an das Trauma entwickelte sich mehr oder weniger akut das Bild der Knochen- und Gelenktuberkulose. In einer weiteren Reihe von Beobachtungen waren die Folgen der Verletzung bereits ganz oder grösstentheils verschwunden, bis durch erneuten Unfall die erstmaligen Beschwerden wieder auftraten und dann rasch an Intensität zunahmen. Bei 7 Fällen drängte sich die Annahme auf, dass zur Zeit des Unfalles die Tuberkulose am Fusse bereits lokalisirt war, ohne bis dahin erkannt worden zu sein oder auch nur Beschwerden gemacht zu haben, wobei einigemale schon vorher eine Schwellung vom Patienten beobachtet worden war. Hierher rechnen möchte man die Fälle, wo ein kaum nennenswerthes Trauma, das jedenfalls bei einem Gesunden keine Folge gehabt hätte, schwere Erscheinungen unmittelbar hervorruft, und wo die weitere Entwickelung so rasch und intensiv ist, wie wir es sonst bei der Tuberkulose nicht zu sehen gewohnt sind. In diesen Fällen wäre also die Verletzung nicht Gelegenheitsursache, sie würde vielmehr nur die schnellere Propagation eines schon bestehenden Prozesses be-

wirken. Es macht geradezu den Eindruck, als ob eine durch ein Trauma gereizte Tuberkulose einen malignenen Charakter annähme." Von 90 Kranken waren 74 angeblich vorher gesund, 16 zeigten bereits anderorts manifeste Tuberkulosen. „Eine wesentliche Zunahme der auf einen Unfall zurückgeführten Erkrankungen seit Einführung des Unfallversicherungsgesetzes ist nicht aus den Fällen zu entnehmen (12 : 14 %). — Bezüglich des Sitzes der Tuberkulose an den einzelnen Fussabschnitten nimmt die Häufigkeit der Erkrankung bei den einzelnen Knochen und Gelenken ab, je weiter distalwärts vom Fussgelenk dieselben gelegen sind. Die Frequenz nimmt ab — im Gegensatz zur Belastungstheorie — mit der Menge der Spongiosa. — Von den einzelnen Knochen ist am häufigsten der Calcaneus erkrankt, der überhaupt eine gesonderte Stellung unter den Fusswurzelknochen beansprucht; er ist in 339 Fällen, also fast in der Hälfte der Fälle betheiligt. Dem folgt der Talus mit 291, sodann das Cuboides mit 154. — Von den grösseren Gelenken ist das Fussgelenk am häufigsten erkrankt, dann folgt das Chopart'sche und Lisfranc'sche Gelenk. — In 31 Prozent der Fälle handelte es sich um primären Synovialfungus, in 69 Prozent um einen primären Knochenherd. G.

Epiphysenlösung am Ellbogen.

Von J. F. Cotton-Boston.
(Bost. med. and surg. Journ. 2?./VI. 1900.)

Von allen Epiphysen löst sich durch Verletzungen die am Ellbogen, soweit dies aus der Literatur ersichtlich ist, am seltensten. Verf. hat zwei derartige Fälle gesehen.

Ein 16jähriger Schiffsjunge fiel hin und zwar auf die ausgestreckte Hand. Die Ellbogengegend war geschwollen, die Bewegung des Arms beeinträchtigt. Nach zwei Monaten sah C. den Verletzten. Der knöcherne Umriss des Arms war nur insofern verändert, als dem Ellbogen die Spitze fehlte. Die im Gelenk mögliche Bewegung beschränkte sich auf 20°, der Arm stand stumpfwinklig. Bei genauer Betastung fühlte man nach oben und vorn vom Ellbogen ein Knochenstückchen, das sich nicht von oben nach unten, nur in mässigem Grade nach rechts und links beweglich war. Mit Röntgenstrahlen war nur zu erkennen, dass dem Schatten des Ellbogens noch ein kleiner zweiter Schatten ansass.

Unter Massage wuchs das abgerissene Stück wieder fest an, und eine Beweglichkeit um 60° wurde erreicht. Später muss sich wohl das Mass der Beweglichkeit noch erhöht haben, da der Junge voll arbeitsfähig wurde.

Der zweite Fall betraf einen elfjährigen Jungen, der auch auf die Hand stürzte. Ihn konnte C. gleich nach dem Unfall untersuchen. Auch hier fühlte er über dem Ellbogen eine kleine Knochenmasse, $^1/_2 : ^1/_4$ Zoll in den Durchmessern, die von der Elle deutlich getrennt und zwar von ihr $^1/_8$ Zoll entfernt war und sich seitlich verschieben liess. Die Behandlung und ihr Erfolg war wie oben.

C. nimmt an, dass diese Lösungen durch Ueberstreckung bewirkt werden. Die Bruchstücke bleiben ziemlich nahe aneinander, weil der dreiköpfige Muskel nicht bloss an der Epiphyse, sondern noch weiter hinunter am Knochen ansetzt. Bei der Beurtheilung dieser Verletzungen ist es wichtig zu wissen, dass Form und verhältnissmässige Grösse der Epiphyse sehr verschieden sein können.

Psychiatrie und Neurologie.

Verletzung des plexus sacralis.

[Verf. ungenannt.]
(Ann. de la soc. med.-chir. de Liège. Mai 1900.)

Ein 27jähriger Mann fällt acht Meter von einem Gerüst sitzlings auf den Boden. Er ist kurze Zeit bewusstlos und hat dann heftige Schmerzen in der Lendengegend und den unteren Gliedmassen. Die letzteren sind gelähmt. Stuhl und Urin werden zurückgehalten.

Seitdem sind sechs Monate vergangen. Der Stuhlgang war nur acht Tage angehalten, die Harnentleerung einen Monat gestört. Bis zum Gürtel ist der Verletzte gesund. In der Gegend des dritten Lendenwirbels ist Druck schmerzhaft. Sitzen, Aufrichten aus liegender Stellung, Strecken und Beugen des Rumpfes ist zwar möglich, bewirkt aber rasche Ermüdung. Verstopfung besteht in mässigem Grade, Harn muss aber häufig gelassen und kann nur kurze Zeit zurückgehalten werden.

Die Hauptstörungen betreffen die Beine. Während rechts die Muskelkraft fast unverändert ist, zeigt sie sich links, besonders im Bereich der Hüftnerven deutlich beeinträchtigt: das linke Bein kann ziemlich leicht gehoben werden, aber es wird dem Verletzten sehr schwer, sich links auf die Zehen zu stellen. Entartungsreaktion besteht nirgends. Beiderseits ist das Hautgefühl erloschen im Gebiete des hinteren Schenkelhautnerven, d. h. etwa in der unteren Hälfte der Hinterfläche des Oberschenkels und in der Kniekehle, ferner am Damm, am Hodensack und zum Theil am männlichen Gliede. Die Sohlenreflexe sind erloschen, der Hodenreflex ist vorhanden, überhaupt ist sonst alles in Ordnung.

Es läge nahe, an eine Verletzung des Rückenmarkes zu denken. Aber dann würden die Gefühls- und Bewegungsstörungen anders vertheilt sein, wahrscheinlich würde auch Gürtelschmerz bestehen. Auch die Bezeichnung als Verletzung des Kreuzbein-Nervengeflechts ist etwas ungenau. Vielmehr sind nur einzelne Aeste des Geflechts gequetscht. Verf. nimmt nämlich an, dass bei dem gewaltsamen Aufsitzen die neben dem Sitzbeinstachel austretenden Nervenstämme zwischen dem Knochen und dem Boden wie in einen Schraubstock eingeklemmt worden sind. Es kommen dabei am meisten in Betracht der Afternerv, der innere Schamnerv und der sogenannte kleine Hüftnerv (Glutaeus inferior cutaneus femoris posterior). So ist die Gefühlslähmung ohne Weiteres erklärt, der häufige Harndrang erklärt sich aus einem Reizzustand des vom inneren Schamnerven zur Harnröhre abgegebenen Zweiges.

Durch Behandlung mit dem Dauerstrom, mit Massage und statischer Elektrizität ist eine an Heilung grenzende Besserung erzielt worden.

Zur Aetiologie und Symptomatologie der multiplen Sklerose.

Von Dr. Robert Gaupp-Breslau.
(Centrbl. f. Nervenhlk., 1900, Juni.)

Nur dann will Verf. für Verletzungsfolgen, die ihren Erscheinungen nach der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarks gleichen, diese Diagnose als berechtigt anerkennen, wenn die Verletzung zunächst keine dauernden Ausfallserscheinungen vom Centralnervensystem bedingt hat, wenn sich vielmehr erst allmählich in langsamem Anstieg die Krankheit entwickelt hat. Die multiple Sklerose ist ein schleichendes, fortschreitendes Leiden, das mit unverändert bleibenden Rückbleibseln ehemaliger Hirnverletzungen nicht verwechselt werden darf, wenn auch die einzelnen Krankheitszeichen zufällig bei diesen Zuständen dieselben sind wie bei jener Krankheit.

Ein echter Fall von traumatischer Herd-Entartung ist der folgende: Ein gesunder und erblich nicht belasteter Heizer und Maschinist wurde durch einen abspringenden Treibriemen aus einer Höhe von 4—5 Meter auf Ziegelpflaster herabgestürzt. Er war völlig bewusstlos, äusserlich nicht verwundet. Dann erbrach er, hatte heftige Kopfschmerzen und grosses Schwäche-

gefühl. Er blieb nur kurze Zeit ausser Dienst. Ein Ziehen in der linken Kopfseite blieb bestehen. Trotzdem er nun noch ein halbes Jahr weiterarbeitete, war er doch nicht mehr der Alte. Schwindel und leichte Ermüdbarkeit belästigte ihn. Gegen Ende des Halbjahrs stellte der Kassenarzt „Nervenleiden“ fest. Seine schwere Stellung musste der Verletzte dann aufgeben. In einer leichteren ging es eine Zeit lang gut. Nach und nach aber wurde sein Leiden schlimmer. Das Schwindelgefühl wurde häufiger, der Gang taumlig, sodass der Mann für betrunken gehalten wurde. So nahm das Leiden seinen Fortgang. Das rechte Bein erlahmte, der Rücken wurde schwächer, der Kopf wurde „nach hinten gezogen.“ Blase, Mastdarm und Geschlechtsorgane blieben ungestört.

Jetzt sind seit dem Unfall 6 Jahre vergangen. Der Kranke sieht frisch und wohlgenährt aus, ist seelisch unverändert, nicht gedrückt.

Der Schläfentheil der Sehnervenpapille ist links sehr deutlich abgeblasst, auf diesem Auge sind die Grenzen des Roth- und Grün-Gesichtsfeldes eingeengt. Im Uebrigen sind die Hirnnerven ohne Störung. Am ganzen Körper ist das Empfindungsvermögen unversehrt, völlige Lähmungen, Kontrakturen, sichtbarer Muskelschwund bestehen nicht. Sehr deutlich sind die Sehnenreflexe gesteigert, die Hautreflexe herabgesetzt. Die Krankheit bekundet sich hauptsächlich in einer lähmungsartigen Schwäche der Bauch- und Rückenmuskeln, der Armstrecker, in besonders hohem Masse der Beinheber und -Strecker, -Spreizer, -Anzieher und -Beuger und vor allem der Rückwärtsbeuger des Fusses. An den Händen und ausgesprochener an den Beinen findet sich daneben deutliche Ataxie. Die linke Seite ist noch jetzt mehr betheiligt. Der Kranke kann nur in höchst gezwungener Haltung grade stehen, aus gebückter Stellung nur mit Hilfe der Hände in die Höhe kommen, beim Gehen schleppt er die Füsse mühsam am Boden hin und balanzirt mit den seitwärts ausgestreckten Armen.

Das ist gewiss nicht das buchmässige Bild der multiplen Sklerose, doch ist eine wahrscheinlichere Diagnose nicht gegeben, vielmehr ist auch in andern Kliniken dieselbe Krankheit angenommen worden. G. vermuthet, dass die ersten Herde sich im Kleinhirn gebildet haben (Gleichgewichtsstörungen.)

Zwei Fälle von wiederholten Brandstiftungen unter Einfluss des Alkohols.

von Dr. Hoppe-Allenberg.
Ztschr. f. Psych. Bd. 57. H 5.

Die Fälle liegen recht einfach. Das eine Mal ist der Thäter ein mit Trunksucht belasteter, aus deutlich entarteter Familie stammender Mensch, der nach den Zeugenaussagen augenscheinlich von Kind auf schwachsinnig war, sich dann dem Trunke ergab und gegenwärtig ausser einer hochgradigen Geistesschwäche ganz deutliche Sinnestäuschungen und wirre Wahnideen hat. Der andere Brandstifter ist ein ebenfalls elterlicherseits mit Trunksucht belasteter typischer Periodentrinker, der während seiner „Semmelwoche“ einen Drang hat, Feuer anzulegen und dabei sein eigenes Haus nicht verschont. Bei diesem letzten Manne wird die Sache nur dadurch etwas schwieriger, dass er die Brandlegung grösstenteils ableugnet. Verf. scheint mehr an ein bewusstes Abstreiten als an eine Erinnerungsstörung zu glauben.

Die in beiden Fällen abgegebenen gerichtlichen Gutachten lauteten auf Unzurechnungsfähigkeit.

Ein Fall von Sadismus (?)

Von Dr. Ludwig Altmann, k. k. Gerichtssekretär-Wien.
(Arch. f. Crim.-Anthr. u. Criminalistik. Bd. 3, H. 4, 1900.)

Ein 15jähriger Junge hat eine Art Freundschaftsverhältniss mit einer 48jährigen Aufwärterin angeknüpft. Eines Abends, während er ihr einen Brief entziffert, versetzt er ihr plötzlich mit einem Brodmesser mehrere Stiche in Kopf und Gesicht.

Der herbeigeholte Polizist fand den Thäter anscheinend schlafend auf einem Sopha seiner elterlichen Wohnung. Er behauptete, von dem Vorfall nichts zu wissen. Er erinnere sich nur, plötzlich Kopfstechen bekommen, am ganzen Körper gezittert zu haben und ganz ausser sich gewesen zu sein. Solche Anfälle habe er öfter. Nach dem letzten habe er das Steifwerden seines Gliedes mit nachfolgendem Samenerguss gefühlt. Entsprechende Flecke wurden in der Wäsche gefunden, doch war Samen nicht nachweisbar.

Nach Angabe der Eltern war der Junge viel krank, bis vor etwa zwei Jahren Bettnässer, ausserdem Onanist.

Er sagte aus, dass er bei geschlechtlicher Erregung den Trieb habe, Kinder, gleichgiltig welchen Geschlechts, zu necken, zu kneifen und zu stossen, dass er aber nie an eine ernste Verletzung gedacht habe und beim Anblick von Blut unwohl werde.

Der Gerichts-Irrenarzt sprach die Ueberzeugung aus, dass die That in einer durch einen „epileptoiden“ Zustand gesezten Sinnesverwirruug begangen sei, gleichzeitig aber auch den dringendsten Verdacht einer sich entwickelnden geschlechtlichen Verkehrtheit. (?)

Das Verfahren wurde daraufhin eingestellt.

Vergiftungen.

Tötlicher Fall von Carbolsäure-Vergiftung bei einem Kinde, in Folge Aufnahme des Giftes von der Haut aus.

Von R. Abrahams-New-York.
(Pediatrics 15. III. 1900.)

Bei einem sieben Tage alten Kind, das sich bis dahin völlig normal verhalten hatte, brachen plötzlich heftige Krämpfe aus. In den Pausen rang es mühsam nach Luft, war bläulich im Gesicht. Die Pupillen waren verengt, der Puls beschleunigt bis zur Unzählbarkeit. Der Urin war anfangs goldgelb, wurde aber nach einigem Stehen dunkel. In der Leistengegend fanden sich zwei ganz frische grauweissliche Schorfe. Das Kind starb rasch.

Die Erklärung war leicht gegeben. Die Wochenpflegerin hatte der Mutter des Kindes eine Scheidenspülung mit Karbollösung zurechtgemacht. Dabei hatte sie sich den Daumen und Zeigefinger mit der reinen Säure benetzt, nicht darauf geachtet und dann zufällig das Beinchen des Kindes mit der ätzenden Substanz gestreift. Von dem dadurch entstandenen, nicht rechtzeitig wahrgenommenen Oberhautverlust war das Gift so rasch in den Kreislauf gelangt, dass schon nach fünf Minuten die Krämpfe einsetzten.

Drei Fälle von Santoninvergiftung in einer Familie.

Von Dr. Max Heim, dir. Arzt d. Sanat. Swinemünde.
(D. Med. Z. 1900, No. 53.)

Drei Kinder, 7, 5 und 3 Jahre alt, hatten vom Arzte ohne nähere Angabe Wurmplätzchen verordnet bekommen. Die Mutter liess eine erhebliche Anzahl der Plätzchen aus der Apotheke holen. Sie erhielt Santoninzeltchen zu 0,05 g.

Davon nahm das älteste Kind 8—9 Stück, also mindestens die 4fache Maximalgabe. Nach einigen Stunden klagte es über Schwindel, Kopfschmerz und sah schlecht. Dann wurde es bewusstlos und kreidebleich. Zitterkrämpfe schüttelten

seinen Körper, die Pupillen waren weit offen, zweimal erbrach es. Nachts ging ein tief gelber Harn ab, der nach Zusatz von Kalilauge purpurroth wurde. Die Haut und die Bindehaut der Augen färbte sich gelb.

Allmählich klangen die Erscheinungen ab, am zehnten Tage war das Kind wieder hergestellt.

Die kleinen Kinder hatten immerhin zusammen 6—7 Plätzchen gegessen, aber sie erkrankten minder heftig.

Verf. schliesst an seine Mittheilung die Bemerkung, dass gesetzliche Bestimmungen über die Abgabe des Santonins in den Apotheken nothwendig wären. Wenn man weiss, wie rasch Mütter bei allen möglichen Störungen mit Wurmplätzchen bei der Hand sind, ohne eine Ahnung von der Gefährlichkeit des Mittels zu haben, kann man H. nur beipflichten.

Atropinvergiftung.

Von P. Brouardel, Ogier und C. Vibert.
(Annales d'hygiène publ. 1900 H. 2.)

Ein seltener und wichtiger gerichtlicher Fall: Der Schauspieler B. ist am 9. Mai 1898 Abends aufgetreten, hat frisch und flott gespielt, und nachher bei bestem Wohlsein zu Abend gegessen. Am nächsten Morgen hat er Migräne und bekommt von seiner Frau Antipyrin und einen Liqueur. Von diesem Augenblick an ist seine Erinnerung verschwommen.

Abends wurde ein Arzt zu B. gerufen, der ihn bewusstlos, mit ganz weiten Pupillen fand. Am nächsten Morgen gings ihm etwas besser, er erkannte den Arzt und klagte über Trockenheit im Halse.

Sechs Tage vergingen, in denen in der regelmässigsten und krassesten Weise Besserung und Verschlimmerung vom Morgen zum Abend wechselten. Morgens war B. fast schwarz im Gesicht, athmete mühsam, hatte weinrothe Flecke am Brustkorb und zitterte krampfartig — Abends hatte er wieder ruhigen Athem und seine gewöhnliche Farbe. Oder aber er unterhielt sich früh ganz frei — und am Nachmittag delirirte er. Einmal hatte er regelrechtes Fieber, blutigen Auswurf und Knistern über dem unteren Theil der einen Lunge.

Die Aerzte waren rathlos, schon war die Eröffnung des Schädels vorgeschlagen, da geschieht etwas, was sie stutzig macht: Frau B. bittet den einen Arzt, ihr etwas Atropinlösung aufzuschreiben!

Aber das genügt noch nicht. Drei Tage sieht man noch zu, wie der Unglückliche zwischen Tod und Leben schwebt, dann legt man ihn ins Krankenhaus — und von dem Augenblick erfolgt mit verblüffender Geschwindigkeit ohne alle Schwankungen die Heilung.

Frau B. hatte den Muth, als Gerüchte auftauchten, die sie des Vergiftungsversuchs beschuldigten, selbst Untersuchung zu beantragen.

Die Verff. als gerichtliche Sachverständige hatten zahlreiche Fragen zu beantworten, zunächst natürlich die, ob B.'s Krankheit einer ein- bezw. mehrmaligen Atropinvergiftung ihre Entstehung verdanke.

Sie setzten auseinander, dass für Atropinvergiftung die starre Erweiterung der Pupillen und die Trockenheit im Halse bereits sehr sprächen, und dass das Delirium, die erschwerte Athmung und Harnentleerung, der Blutandrang nach dem Kopfe und die fleckige Hautröthung, sowie das Krampfzittern damit übereinstimmten. Nur zwei Erscheinungen, die zur Atropinvergiftung gehören, seien nicht erwähnt: Trockenheit der Haut und Beschleunigung des Pulses. Diese Lücke sei zu gering, um ausschlaggebend zu sein. Das Fieber sei augenscheinlich nur durch einen Entzündungsherd in der Lunge, die Folge der Bewusstlosigkeit und Athmungsstörung, erzeugt worden. Nach dem Krankheitsverlauf sei eine oft wiederholte Beibringung geringer Mengen von Atropin zu vermuthen.

Die Frage, ob vom ärztlichen Gesichtspunkte Selbstmord angenommen werden könne, wurde verneint. B. sei während der Krankheit körperlich sehr elend und noch dazu unter beständiger Aufsicht gewesen, sodass er sich jedenfalls nicht an sechs Tagen jedesmal Gift zwischendurch besorgen konnte; wenn er es aber schon vorher besass, so wäre es unverständlich, dass er nicht beim ersten (oder wenigstens beim zweiten) Male genügend viel genommen hat.

Nachforschungen ergaben, dass Frau B. sich in der betreffenden Zeit in vier verschiedenen Apotheken 1‰ige Atropinlösungen, angeblich für ihren Hund als Augenwasser, zusammengekauft hat! B. wurden auf diese Weise annähernd 1 cgr. des Giftes allmählich beigebracht.

Die Verurtheilung der Frau B. wegen Mordversuchs beschloss die Angelegenheit.

Zur Casuistik der Ptomainparalysen.

Von Dr. A. Preobrashensky.
(Zeitschr. f. Nervenhk. Bd. 16, H. 5/6.)

In einer Familie erkrankten Sohn und Mutter an ganz gleichen Beschwerden, nachdem sie allerlei Fischgerichte — Caviar, Sardinen, Lachs, Bücklinge — und ausserdem Wurst gegessen hatten.

Am nächsten Tage hatten sie Schluckbeschwerden und Sprachstörungen. Der Sohn sah so seltsam aus, dass er für betrunken gehalten wurde. Dabei waren beide bei vollem Bewusstsein. Ausser etwas Verstopfung waren Magendarmstörungen ganz und gar nicht vorhanden.

Die Untersuchung ergab eine Schwäche sämmtlicher äusserer Augenmuskeln, während die Pupillen gut reagirten. Das ganze Gesicht hatte durch Erschlaffung seiner den Ausdruck, Geberden bewirkenden Muskeln etwas maskenhaftes. Die Sprache war in Folge Schwäche des Gaumensegels näselnd.

Die Halsmuskeln hatten so wenig Kraft, dass der Kopf auf die Seite hing, und die Rumpf-Gliedmassenmuskeln konnten eben nur noch soweit gebraucht werden, dass der Kranke aufrecht zu stehen vermochte. Die befallenen Muskeln fühlten sich alle schlaff an, auf Druck thaten sie nicht weh. Elektrisch zeigten sie keine Abweichung.

Manchmal tauchte eine fleckige Röthung am Körper auf.

Nachdem noch zwei Tage die Schwäche ganz bedrohlich gewesen war, erfolgte dann ganz langsam die Heilung.

Verf. macht darauf aufmerksam, wie sehr dies Bild von den gewöhnlichen Fleisch- und Wurstvergiftungen abweicht. Er meint, eines von den Fischgerichten muss Ptomaine enthalten haben, die solche Krankheitszustände hervorrufen. Es kann sich nur um eine diffuse Entzündung der grauen Substanz im Hirn und Rückenmark handeln.

Nicht vergessen wollen wir hinzuzufügen, dass auch die Wirthin, die den Kranken die Speisen vorgesetzt hatte, unter ganz ähnlichen Klagen erkrankte. Bei ihr aber lag, wie sich herausstellte, nichts weiter als Hysterie vor, die erklärlicher Weise grade diese Form angenommen hatte.

Gynäkologie.

Ueber den anatomischen Nachweis der erfolgten Defloration.

Von Dr. Albin Haberda.
(Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäcologie Bd. XI Heft 1 S. 69.)

Die allgemeine Meinung ist, dass nach dem ersten Beischlaf ein intakter Hymen selten sei, und dass man in der

Mehrzahl der Fälle einen sicheren Schluss auf erfolgte Defloration ziehen könne. Da aber der Gerichtsarzt seine Diagnose nur auf ganz sichere und einwandsfreie Zeichen gründen darf, ist es in einer grossen Zahl von Fällen nicht möglich, mit einer alle Zweifel ausschliessenden Sicherheit objektiv festzustellen, ob an einer Person der Beischlaf vollzogen worden ist oder nicht. Die Anzeigen wegen Nothzucht sind meist spät gemacht, die Untersuchung findet daher oft nach längerer Zeit statt und Haberda selbst hat unter 150 Fällen nur einmal eine frische Verletzung des Hymens nachweisen können. Wenn auch unmittelbar nach dem Coitus frische Verletzungen leicht zu erweisen sein werden, so ist es schwieriger, wenn die Untersuchung in späterer Zeit erfolgt. Darauf beziehen sich Haberdas Ausführungen, da diese Verletzungen Hymen und Scheide betreffen, wird nur von diesen Theilen gesprochen.

Der Beischlaf kann stattgefunden haben und doch fehlen alle Zeichen, weil entweder überhaupt keine Verletzung stattgefunden hat, oder weil die etwa vorhanden gewesenen nicht mehr erkennbar sind. Die Verletzungen können überhaupt fehlen bei gewissen Hymenformen (gelapptes, lippenförmiges H.), bei ursprünglicher grosser Weite der Oeffnung und grosser Dehnbarkeit des Hymens. Gerade diese letztere Beschaffenheit erklärt die Mehrzahl jener nicht seltenen Fälle, in denen selbst nach wiederholtem Beischlafe ein unversehrtes Hymen nachgewiesen werden konnte. Haberda hat unter 40 Fällen von Nothzucht, die Mädchen von 10—28 Jahren betrafen, trotz wiederholten zugestandenen Beischlafes in 50 Prozent der Fälle, ja bei mehreren Mädchen unter 14 Jahren keine anatomischen Zeichen der Defloration gefunden. Eine „Erweiterung" des Hymen zu behaupten, ist falsch, da eine Feststellung der Weite vorher fehlt. Haberda hat sogar interessante Leichenversuche am Hymen mit Einführen von Glasröhren gemacht und beobachtet, dass sich der Ring nach Entfernung des dehnenden Körpers wieder zusammenzog.

Einrisse des Hymens pflegen beim Coitus am häufigsten an der hinteren Parthie einzutreten, können aber auch an jeder anderen Stelle vorkommen. Von der Hymenöffnung aus durchsetzen sie das Häutchen bis an dessen Ansatz oder selbst über diesen auf der Schleimhaut der Scheide. Sitz, Zahl, Tiefe der Verletzungen hängen ab von der Beschaffenheit, Form, Dehnbarkeit, Konsistenz und Lage des Hymens, aber auch von den äusseren Momenten der Einwirkung. Bei der Heilung der Verletzungen des Hymens kommt es ungemein selten vor, dass die Risswände sich aneinander legen und durch eine Narbenmasse vereinigt werden, wenigstens sieht man in der Substanz des Hymen gelegene, durch seine Breite ganz oder theilweise gehende Narben ungemein selten. Haberda sah solche Narbe nur einmal. Die Heilung erfolgt unter Klaffen der Risswände, also unter Bildung einer Kerbe. Feine Narben sind schwer nachweisbar, und deshalb sind traumatische Kerben von natürlichen Einkerbungen schwer zu unterscheiden. Am ehesten ist dies möglich, wenn die Kerbe durch das Hymen geht und in die Scheide hineinreicht. Da die Narben an den Kerbenrändern sehr oft nicht erkennbar sind, sucht man Merkmale in ihrer Lage, aber auch traumatische Kerben können symmetrisch liegen und angeborene der Symmetrie entbehren. Auch ihre Richtung und abgerundete Beschaffenheit ist nicht entscheidend, ebenso wenig wie ihre Tiefe. Demnach ist der spätere Nachweis der Defloration auch in den Fällen, in denen ursprünglich gewiss Verletzungen da waren, und die sehr schnell heilen, sehr schwer, so dass das Gutachten unbestimmt bleiben muss. Haberda bekämpft Dohrns Behauptungen.

Doch giebt es immerhin gewisse Fälle, in denen auch ein bestimmtes Gutachten abgegeben werden kann. Haberda schreibt: „Für ein untrügliches Zeichen von verheilter Einreissung des Hymens halte ich die völlige Unterbrechung des Hymensaumes an einer oder mehreren Stellen durch eine durchgreifende Kerbe, deren Ränder deutlich diastasiren, so dass in ihrem Grunde der Vaginalrand, wenn auch nur in minimaler Ausdehnung, blossliegt." Dies geschieht sowohl durch Einreissen wie durch Abreissen von der Scheidenwand. Risse durch die Membran erzeugen eine, von der natürlichen, getrennte Oeffnung.

Auch Lücken und verdünnte Stellen können normal in der Substanz des Hymens vorkommen.

Es ist nur möglich auf den Inhalt dieser, für den Gerichtsarzt so äusserst wichtigen Arbeit hinzuweisen, da jede mitgetheilte Einzelheit für die Begutachtung einschläglicher Fälle von grösster Bedeutung werden kann. Das Lesen des Originals muss dringend empfohlen werden. Guder.

Ueber vicariirende Blutungen und ihre forensische Bedeutung.

Von Dr. Emil Schäffer, Kreisarzt in Erbach.
(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1900, H. 1.)

Verf. begiebt sich auf ein vielumstrittenes Gebiet, er giebt einen Beitrag zu der Frage, ob bezw. unter welchen Bedingungen statt der Menstruation Blutungen aus andern Organen erfolgen können.

Die Vorfrage, ob solche Blutungen überhaupt vorkommen, wird in Anlehung an Schröder, Hegar und andere Beobachter bejaht. Hegar unterscheidet bei den stellvertretenden Blutverlusten zwei Formen: Wenn die Geschlechtswerkzeuge entfernt sind oder aufhören, thätig zu sein, können, gewissermassen als Ausdruck einer Gewöhnung des Körpers noch in regelmässigen Zwischenräumen Blutwallungen oder wirkliche Blutungen aus andern Organen auftreten — das ist eine uneigentliche stellvertretende Periode. Die echte tritt bereits zur Zeit des vollen Geschlechtslebens ein: Bleibt die Regel aus, so wird sie durch eine andere Blutung ersetzt; kommt jene wieder, so verschwindet diese.

Die Blutung ist verhältnissmässig leicht zu erklären, wenn sie aus schon vorher kranken Theilen erfolgt, etwa aus tuberkulösen Lungen, Magengeschwüren oder dergleichen. Aber sie kann auch von ganz gesunden Organen ausgehen. Dann gehört sie in die Klasse der Blutungen durch blosse Gefässnervenreizung, deren Existenz durch zahlreiche auch experimentelle Untersuchungen sicher gestellt ist. Dieser Zusammenhang mit dem Nervensystem ergiebt sich, wenn man den einzelnen Fall zergliedert, gewöhnlich aus der Entstehungsursache der Blutungen, aus der nachweisbaren vorübergehenden oder dauernden krankhaften Veränderung des Nervensystems bei den betroffenen Personen, und aus der unverkennbaren Beeinflussbarkeit der Blutungen durch später eintretende Gemüthsbewegungen.

Dass diese stellvertretenden Blutungen eine ganz erhebliche gerichtsärztliche Bedeutung gewinnen können, zeigt die vom Verfasser mitgetheilte Beobachtung.

Ein zwanzigjähriges Mädchen, das weder nervös noch tuberkulös belastet ist, früher gesund war und ihre Periode regelmässig gehabt hat, wird angeblich in rohester Weise genothzüchtigt. Thatsächlich tragen ihre Kleider und ihr Körper Spuren der stattgehabten Misshandlung. Sie will bei dem Ueberfall heftig erschrocken sein und nach energischer Gegenwehr die Besinnung verloren haben. Statt dass nun, wie es eigentlich sein sollte, das monatliche Unwohlsein noch ca. 10 Tage ausbleibt, beginnt es schon am selben Abend, aber sehr schwach. Gleichzeitig aber stellt sich ein heftiger „Bluthusten" ein, der noch 5 Tage lang öfters wiederkehrt.

In der Zeit nachher fiel die Vergewaltigte durch raschen Wechsel der Gesichtsfarbe, Zittern, Schweissausbrüche auf.

Am 24. Tage nach dem Ueberfall kamen die Blutungen wieder und wiederholten sich in erschöpfendem Masse 5 Tage lang. Genau einen Monat später trat der gleiche Zustand nochmals auf. Allmählich kamen neben den spärlicher werdenden Blutungen aus dem Munde — die übrigens nicht von der Lunge sondern vom Magen herrührten — wieder die aus der Scheide zum Vorschein, aber erst binnen 8 Monaten war alles wieder in Ordnung. Eine objektiv wahrnehmbare Abweichung war in der ganzen Zeit an den inneren Organen nicht vorhanden.

Als Gerichtsarzt sollte S. sich u. A. über den etwaigen Zusammenhang zwischen den Blutungen und der verbrecherischen Handlung äussern. Er legte dar, dass für das Auftreten dieser Blutungen bei einer früher gesunden und nicht nervös belasteten Person im vorliegenden Falle kein anderer Grund gefunden werden könne als der heftige Schreck, den der Ueberfall hervorgerufen habe. Gestützt werde die Anschauung durch das nachherige aufgefallene Vorhandensein deutlicher nervöser Allgemeinstörungen. Die Zusammenhangfrage müsse daher bejaht werden. Die nach dem ganzen Verlauf des Falles wahrscheinliche Einwirkung eines lähmenden Schrecks lasse gleichzeitig die Ueberwältigung des normal kräftigen Mädchens durch einen einzelnen Mann erklärlich erscheinen.

Zufällige Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Schwamm, Tupfer etc.) in der Bauchhöhle. Kasuistik von 108 Fällen.

Gerichtlich medizinisches Gutachten von Dr. med. Franz Neugebauer-Warschau.

(Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäcologie Bd. XI. Heft 4 S. 821 u. Heft 5 S. 983.

Der Verfasser zweifelt nicht, dass ähnliche Fälle viel häufiger vorkommen, als diese Kasuistik zu erweisen scheint. Es werden ja aus naheliegenden Gründen nur die allerwenigsten Fälle bekannt gegeben, oft mag auch der Fremdkörper, da keine Sektion gemacht wurde, mit ins Grab gekommen sein, ohne dass der Operateur auch nur eine Ahnung davon hatte, dass er einen solchen in der Bauchhöhle zurückgelassen hatte. Solche Zufälle haben sich stets ereignet und werden sich stets ereignen, neu aber ist es, dass solche unglücklichen chirurgischen Zufälle benutzt werden zu Chantagezwecken und gerichtlichem Vorgehen gegen den Operateur, selbst in den Fällen, die doch schliesslich in Genesung endigen. Von 101 Fällen — 7 kommen im Nachtrage — endeten 41 tödtlich, ein Fall hat einen unbekannten Ausgang, 59 genasen. Es wurde zurückgelassen 30 mal ein Schwamm, 28 mal Gazetupfer, Kompressen etc. 4 mal ein Drainohr, 1 mal eine Richelotsche Klammer, 19 mal eine Arterienklemme, 1 mal ein Siegelring, 1 mal Scherben eines zerschlagenen Irrigators, 17 mal ein nicht bezeichneter Fremdkörper. In 3 Fällen wurden je 2 Fremdkörper zurückgelassen. In 38 Fällen wurde der Fremdkörper erst sub necropsia entdeckt, 13 mal wurde der Fremdkörper spontan per anum entleert.

Die Veranlassung für die umfangreiche Arbeit war ein Prozess gegen Professor Kosinsky und Dr. Solman wegen Zurücklassung zweier Arterienklemmen in der Bauchhöhle, die in der Folge nach mehreren Monaten den Tod der Operirten hervorriefen. Die Patientin war am 22. Dezember 1897 wegen eines Ovarialtumors mit starken Verwachsungen operirt worden. Bald nach der Operation wurden zwei Klemmen vermisst. Kosinsky drang sofort auf eine neue Operation, erbot sich sogar, diese gratis auszuführen. Die Patientin stimmte zu, alles war bereit, sie kam aber nicht, da ihre Söhne nicht zustimmten, sondern andere, nicht informirte Chirurgen konsultirten. Sie wurde in ein Soolbad geschickt, als sie bei der Rückreise $^1/_2$ Jahr nach der ersten Operation, ein Gepäckstück herunter holte, wurde ihr schlecht, am nächsten Morgen blutete sie. Die vorgeschlagene sofortige Operation wurde verschoben, die Kranke, die stark aus dem Mastdarm blutete, in ein radiographisches Institut drei Treppen hoch hinaufgebracht, wo nebenbei nichts gefunden wurde, weil der Apparat nicht funktionirte, dann wieder heim und am nächsten Tage erst Operation bei nicht mehr fühlbarem Puls und Tod auf dem Operationstische. Die Kopfstücke der Arterienklemmen hatten die Arteria iliaca sinistra externa, die unteren Enden des Cöcum perforirt, daher die Blutung aus dem After. — Die Söhne, einer davon selbst Mediziner, strengten eine Klage gegen Professor Kosinsky an, von dem sie 40000 Rubel Schadenersatz verlangten, am ersten Gerichtstage gingen sie auf 6700 Rubel herunter. Die Verhandlung dauerte vier Tage, sechs Experten waren geladen, von denen zwei, die Obducenten, die pathologisch anatomische Seite der Frage erörterten, einer schilderte eine Laparotomie, einer übernahm die Kritik der letzten Operation; Neugebauer übernahm das statistische Material, einer übernahm es, den Richtern ein Bild dessen zu geben, was eine Koeliotomie ist und welche unerwarteten Complicationen und Irrthümer dabei mit unterlaufen können. — Neugebauers Erörterungen des sehr wichtigen Falles müssen im Originale nachgelesen werden. Kosinsky wurde freigesprochen.

Einige Vorschläge Neugebauers mögen noch erwähnt werden: „Es bleibt uns Operateuren garnichts Anderes übrig, als von der Familie der Person, welche operirt werden soll, einen schriftlichen Revers darüber zu verlangen, dass dieselbe auf jede Reklamation verzichtet, im Falle unvorhergesehene Complicationen der Operation, des postoperativen Krankheitsverlaufes, eines unglücklichen, selbst tödtlichen Ausganges der Operation u. s. w., wie das schon seit lange in Amerika üblich ist. Ich kenne auch in Deutschland einen bekannten Operateur, der vor jeder gewichtigeren Operation einen solchen Revers unterschreiben lässt. Wollte die Familie den Revers nicht unterschreiben, so weigerte er einfach die Ausführung der Operation und sagte der Familie, sie möchte sich an einen anderen Arzt wenden. Gewiss wird ein solches Verlangen des Operateurs vor der Operation einen beklemmenden Eindruck auf die Familie der zu operirenden Person machen und oft genug sie veranlassen, sich an einen anderen Operateur zu wenden. Aber welcher andere Schutz bleibt uns übrig angesichts solcher Prozesse wie der gegen Rösger in Leipzig, gegen Kosinsky in Warschau angestrengten etc. Ich selbst habe diesen Revers eingeführt in meiner Klinik seit dem Prozesse gegen Kosinsky und bis jetzt ist dieser Revers regelmässig unterschrieben worden."

„Es wird in der nächsten Zeit gewiss bei uns nicht an ähnlichen Prozessen fehlen, und es würde derartige Prozesse regnen, hätte das Gericht den Nestor der polnischen Chirurgie schuldig gesprochen."

Gegen das Urtheil wurde Appellation erhoben. In der zweiten Instanz wurde Kosinsky frei gesprochen, Dr. Solman zu einer ziemlich hohen Geldstrafe und einem öffentlich gerichtlich zu ertheilenden Verweise verurtheilt. Dr. Solman hat dagegen eine Kassationsklage eingereicht.

„Man verlangt von den Aerzten Samariterthum und versucht bei jedem unglücklichen Zufall, sie auf die Anklagebank zu bringen! Es wäre Zeit, endlich an einen Rechtsschutz für die Aerzte zu denken," schliesst Neugebauer seine verdienstlichen Auseinandersetzungen. Guder.

Ohren.

Ursachen und Folgen der Erkrankungen des Warzentheils und ihre Behandlung.

Von Dr. Max Hagedorn-Hamburg.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Ohren- etc. Krankheiten, herausgegeben von Dr. Bresgen in Wiesbaden, III. Band, Heft 12.)

Der Verf. wendet sich mit seinen Ausführungen nicht an den Facharzt für Ohrenkrankheiten, für den er nur bekanntes bieten würde, sondern — entsprechend der Tendenz der Bresgen'schen Sammlung — an die Gesammtheit der Aerzte. Die Arbeit enthält zahlreiche Winke und Bemerkungen, die ihr Studium speziell auch für den ärztlichen Sachverständigen von Interesse erscheinen lassen.

Nach einigen einleitenden anatomischen Bemerkungen geht Verf. zur Besprechung der einzelnen Erkrankungsformen des Warzentheils über und unterscheidet da die primären Entzündungen der Weichtheile, die akuten Entzündungen der Warzentheilzellen, die chronisch-eiterigen Erkrankungen des Warzentheils, die Erkrankungen mit Cholesteatombildung, die tuberkulösen und schliesslich die syphilitischen Affektionen.

Mit Recht hebt Verf. die Nothwendigkeit einer frühzeitigen Entlastung der Mittelohrräume mittels des Trommelfellschnittes bei akut eiterigen Prozessen hervor, sehr beherzigenswerth ist auch sein Hinweis auf das Unzulässige jeglicher Nasendouche, die so oft Mittelohrentzündungen zur Folge hat, wichtig ist ferner für den Praktiker die Warnung vor Ausspülungen des Gehörgangs bei akuten Eiterungen. — Gegenüber den Knochenoperationen am Warzenfortsatz übt der Verf. eine grosse Zurückhaltung, die ihre Berechtigung haben mag, so lange der Kranke in sachverständiger ohrenärztlicher Behandlung und Beobachtung ist; wenn aber Verf. bei Epidermiswucherungen im Kuppelraum („Pseudo-Cholesteatom") Ausspülungen mittels des Paukenröhrchens empfiehlt und diese auch noch von jedem praktischen Arzte, „der mit Stirnspiegel, Ohrtrichter und Paukenröhrchen umzugehen versteht", vornehmen lassen will, so kann dem vom Standpunkte des Ohrenarztes sowohl, wie des ärztlichen Sachverständigen nicht beigestimmt werden. — Ueber die Folgen der Erkrankungen des Warzentheils, namentlich über die cerebralen Komplikationen, enthält die Schrift nur Andeutungen. — Einzelne Druckfehler sind recht störend. Richard Müller.

Diagnose und Chirurgie des otogenen Kleinhirnabscesses.

Von Prof. Dr. W. Okada-Tokio.

(Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie etc., herausgegeben von Dr. Haug in München, III. Band, 10. Heft)

Die Arbeit ist schon deshalb von allgemeinerem Interesse, weil sie, in deutscher Sprache geschrieben, von einem japanischen Verfasser herrührt, der sich während seines dreijährigen Aufenthalts in Berlin an der Trautmannschen Ohrenklinik der Charité nicht nur gute spezialistische Kenntnisse, sondern auch so weitgehende Kenntnisse in unserer Sprache aneignete, dass es ihm möglich war, wissenschaftliche Arbeiten deutsch abzufassen — wenn auch eine stilistische Ueberarbeitung, die Referent besorgt hat, nicht zu vermeiden war. Mit einer echten Gelehrtengründlichkeit, die dem Verf. alle Ehre macht, trägt er in der ausführlichen Arbeit (140 Seiten) alles zusammen, was zu dem Thema, das er sich gestellt hat, gehört. Bei dem Interesse, dass die cerebralen Komplikationen der Ohreneiterungen mit der Ausbildung eines erfolgreichen chirurgischen Vorgehens gegen sie für die gesammte Aerztewelt im letzten Jahrzehnt gewonnen haben, muss das Okada'sche Buch auch dem ärztlichen Sachverständigen zur Orientirung über einschlägige Fragen im gegebenen Falle angelegentlichst empfohlen werden. Richard Müller.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

In der Sitzung vom 14. Mai 1900 sprachen

C. Benda: Erfahrungen über Neurogliafärbungen (Technische und Histologische Details).

Westphal: Ueber einen Fall von Tetanie. Der vorgestellte Fall interessirt durch das Auftreten der Tetanie nach Strumaoperation, obgleich Reste der Struma zurückgeblieben waren. Dabei pflegen in der Regel keine schweren Störungen zurückzubleiben. Nach einiger Zeit traten schwere typische, epileptische Anfälle mit charakteristischer Tetaniestellung der Hände und Arme auf, welche die Anfälle überdauerte. Ausser dieser innigen Verbindung der Tetanie war noch eine Kombination mit doppelseitiger Starbildung bemerkenswerth, welche man auf Krämpfe in den Augenmuskeln zurückführe, die aber hier nicht in die Erscheinung getreten waren.

Bernhardt stellt einen Fall von traumatischer Lähmung des rechten Plexus brachialis nach dem Typus Duchenne-Erb vor und spricht über die vicariirende Funktion der bei vollkommener Lähmung der eigentlichen Vorderarmbeuger in Thätigkeit tretenden, von den Condylen des Oberarms entspringenden Muskeln. (Neurologisches Centralblatt No. 12). Der Vortrag ist bereits in der vorigen Nummer dieser Zeitschrift referirt.

In der Diskussion betont Oppenheim, dass er dieselbe Beobachtung gemacht und in seinem Lehrbuch beschrieben habe, dass aber nach seiner Ansicht sowohl die vom äusseren wie inneren Condyl entspringenden Muskeln für die Thätigkeit der Vorderarmbeuger eintreten können.

Remak gab an, dass er einige Male in solchen Fällen von zwei verschiedenen Stellen in der Oberschlüsselbeingrube aus die für eine Reizung des Erbschen Punktes charakteristische Reaktion erhalten konnte.

Auch Bernhardt schien der Erbsche Punkt etwas tiefer zu liegen, als er ihn sonst gefunden hatte.

Seiffer stellt einen Fall von Migräne mit Oculomotoriuslähmung vor.

Ein 49jähriger, nie syphilitisch gewesener Mann, welcher seit seiner Kindheit an Migräne litt, bekam vor 10 Jahren während des Anfalles zum ersten Mal linksseitige Ptosis, vor acht Jahren ausserdem Doppeltsehen. Während beide Erscheinungen anfangs nach den Migräneanfällen wieder verschwanden, wurden sie seit sechs Jahren bleibend. Es besteht eine fast totale Lähmung der äusseren und inneren Oculomotoriusäste und dabei leidet der Patient noch unverändert an seinen periodischen Migräneanfällen. Es handelt sich, worauf Remak in der Diskussion eingeht, wahrscheinlich um einen organischen Prozess im Gehirn.

J. Herzfeld stellt einen 25jährigen Mann mit Nystagmus horizontalis vor, der sich aber nur durch Verdichten oder Verdünnen der Luft im erkrankten rechten Ohr hervorrufen lässt. Im ersten Fall erfolgt der Nystagmus von links nach rechts, im letzten umgekehrt und zwar stets unter gleichzeitiger Erweiterung der Pupillen. Der Mann hatte von Jugend auf an Ausfluss aus dem rechten Ohr gelitten. Nach dessen Aufhören vor einem Jahr stellte sich öfter Schwindel und Uebelkeit ein; der Pat. ging rund im Bogen nach rechts wie ein Betrunkener. Beim Zuhalten beider Ohren verlor er das Gleichgewicht und fiel um. Das rechte Ohr wies völligen Verlust des Trommelfells auf, in der Tiefe spärliche cholestea-

tomatöse Massen. Das Gehör war gleich null. H. nimmt einen Defekt im knöchernen Theil des horizontalen Bogenganges an und glaubt, dass durch das Hineinblasen der Luft das häutige Labyrinth direkt gereizt wird, von wo aus nach Högyes reflexerregende Nervenbahnen zu den Centren des 3., 4., 6., 8. Hirnnerven gehen, von wo aus wieder zentrifugalleitende Fasern zu den Augenmuskeln ziehen.

Bei der inzwischen vorgenommenen operativen Freilegung des Bogenganges hat H. seine Vermuthung bestätigt gefunden.

Oppenheim stimmt dem Vortr. darin bei, dass hier ein Reflexvorgang zwischen Labyrinth und Augenmuskelkernen vorliege, dessen Bahnen bereits anatomisch bekannt wären.

Schuster demonstrirt zwei Kranke mit den Allgemeinerscheinungen des Tumor cerebri bezw. der Meningitis serosa ohne ausgeprägte Herderscheinungen. Ausserdem aber zeigen sie noch eine eigenthümliche Beschaffenheit des Unterhautfettgewebes. Dieses ist nämlich verdickt; fühlt sich derbe und wie infiltrirt an. Vortr. glaubt nicht, dass es sich um ein blos zufälliges Zusammentreffen handelt, sondern hält es unter Hinweis auf die Acromegalie und ähnliche Erkrankungen nicht für ausgeschlossen, dass es sich um trophische Einflüsse des Gehirns auf das Unterhautfettgewebe dabei handle.

In der Sitzung vom 11. Juni
stellte

M. Brasch einen Fall von Abasie vor. Der 64 jährige Mann bedient seit mehreren Dezennien eine Kreissäge im Stehen. Im Laufe der letzten fünf Jahre entwickelte sich bei ihm schleichend eine Schwäche in den Beinen, die zu einer schweren Gehstörung führte. Der Gang ist schleppend und spastisch. Der Pat. klebt förmlich am Boden. In der Rückenlage kann er aber die Beine nach allen Richtungen und mit Kraft bewegen. Da abgesehen von einer Steigerung der Patellarreflexe alle Zeichen einer organischen Erkrankung fehlen, so hält B. ein funktionelles Leiden für vorliegend. Indessen sei weder Hysterie noch Neurasthenie nachzuweisen, wie bei ähnlichen Fällen von Oppenheim, der auf die Beziehungen dieser Zustände zu den Beschäftigungsneurosen hinwiese.

L. Jacobsohn demonstrirt ferner einen Fall von Tabes dorsalis mit dem Symptomenkomplex der Bulbärparalyse.

Der 47 jährige Patient, welcher ausser den klassischen Zeichen der Tabes dorsalis eine Reihe von bulbären Symptomen aufweist, will sein Leiden nach einem Unfall im Herbst vorigen Jahres bekommen haben. Einzelne Angaben des Kranken, z. B. dass ihm schon Jahre lang die Zähne schmerzlos ausfielen, dass er seit drei Jahren impotent sei u. s. w., liessen aber den Schluss zu, dass die Krankheit wahrscheinlich schon älteren Datums war. Unter den bulbären Erscheinungen interessirt eine doppelseitige Posticuslähmung, deren Bild im Kehlkopfspiegel dem gewöhnlich in den Lehrbüchern dargestellten nicht entsprach. Es glich dem der Internus- und Arytaenoideuslähmung, trat aber zum Unterschiede davon im Momente der ruhigen Inspiration auf.

Henneberg: Ueber einen Fall von Halbseitenläsion des Rückenmarkes. H. bespricht den klinischen Verlauf und demonstrirt den pathologisch-anatomischen Befund eines Falles von Gliosarkom der Halsmarkhälfte, welcher dadurch in unvollständiger Weise das Bild der Brown-Sequardschen Lähmung hervorgerufen hatte. Von Interesse war die Beschränkung der Läsion auf einen Seitenstrang. Der Fall bestätigt die Hypothesen von Kocher und Oppenheim über die Entstehung der Hyperästhesie.

Jolly: Ueber einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarkes.

Der jetzt besprochene Fall betrifft eine ausgedehnte Rückenmarkszerstörung, die beinahe den ganzen Querschnitt einnimmt, und bei welcher dennoch manche der Erscheinungen der Halbseitenläsion in prägnanter Weise bis zum Tode fortbestanden. Die Patientin war 1895, als sie zu Bett lag von ihrem eifersüchtigen Ehemann überfallen worden, und hatte in rechter Seitenlage einen Stich mit einem Dolchmesser in die linke Seite des Halses erhalten. Gleich nach der Verletzung traten eine Lähmung des linken Armes und beider Beine ein. Am anderen Tage war die ganze rechte Körperseite gefühllos, während auf der linken Seite schon geringfügige Reize lebhaften Schmerz hervorriefen. Die Lähmung des Armes war nach fünf Wochen theilweise zurückgegangen, beschränkte sich auf einige Muskeln des Vorderarmes und die kleine Muskulatur der Hand, welche atrophisch war und Entartungsreaktion darbot. Ferner bestand eine Kontraktur im Biceps. Der Muskel war auf Druck schmerzhaft, wie die Vorderarmmuskeln, ebenso waren die Nervenstämme, namentlich Ulnaris und Medianus, stark druckempfindlich. Ferner war eine partielle Sensibilitätsstörung des linken Armes, wesentlich auf die ulnare Seite beschränkt, vorhanden, Hypaesthesie bei Berührung, Hypalgesie gegen Schmerz und Temperaturempfindung, dabei spontane Schmerzhaftigkeit. In Enge der Lidspalte und der Pupille sowie durch Fehlen der Schweisssekretion auf der linken Seite traten Erscheinungen einer linksseitigen Sympaticusaffection hervor; dieselben blieben bis zum Ende der Pat. erhalten. Was die Lähmungen der unteren Extremitäten betrifft, so war rechts bereits wieder etwas Beweglichkeit vorhanden, bei sehr starkem spastischen Verhalten, erhöhten Patellarreflexen und Fussclonus. Links waren minimale Bewegungen möglich bei ebenfalls ausgesprochenen spastischen Erscheinungen. Die Erkrankung dauerte $1^1/_2$ Jahre. Die motorischen Erscheinungen besserten sich zunächst wesentlich, so dass das rechte Bein nach einigen Monaten ziemlich gut bewegt werden konnte, aber noch spastisch blieb, während im linken Bein etwas Bewegungen, auch mit Spasmus ausgeführt werden konnten. Im späteren Verlauf trat wieder eine Verschlechterung ein. Etwa $1^1/_2$ Jahr nach der Aufnahme brachte eine bereits von Anfang an bestehende Tuberkulose den Kräftezustand sehr herunter. In diesem Stadium trat wieder totale Lähmung des linken Beins und starke Parese des rechten Beins hervor. Bezüglich der Sensibilität war folgendes hervorzuheben. Auf der kontralateralen rechten Seite war eine ausgedehnte Sensibilitätsstörung von der zweiten Rippe an nach abwärts für Berührung, Druck und Schmerzempfindung nachweisbar. Die letzteren Qualitäten fehlten lange total. Die Berührungsempfindung besserte sich allmählich ein wenig, wurde aber niemals normal. Auf der linken Seite war von Anfang an Hyperalgesie in sehr ausgesprochenem Grade vorhanden, am stärksten an der unteren Extremität und am Bauch, nach oben abnehmend. Eine Aufhebung der Schmerzempfindung wurde niemals bemerkt. Das Lagegefühl erwies sich auf der linken Seite in ausgesprochenem Masse dauernd gestört. Im Lauf der Beobachtung trat die Erscheinung hervor, dass bei irgend einem Stich auf der rechten analgetischen Seite hier eine Druckempfindung, gleichzeitig aber auf der anderen hyperästhetischen Seite ein Gefühl von brennendem Schmerz ausgelöst wurde. Einige Aenderungen traten in Bezug auf die Sensibilität ein. Auf der rechten, anfangs ganz analgetischen Seite wurde nach Jahresfrist eine Wiederkehr der Empfindung insofern beobachtet, als bei Summation von Reizen ein brennendes Gefühl sich einstellte; niemals aber war eine unmittelbare Hyperalgesie auf einzelne Reize zu konstatiren. In der letzten Zeit gingen diese Erscheinungen wieder zurück. Die Patientin verlangte im September ihre Entlassung und kam im November moribund noch vier Tage

in die Klinik. Im Wesentlichen waren die Erscheinungen noch vorhanden, atrophische Lähmungen und Anästhesie im inneren Gebiet des linken Arms, totale Lähmung des linken, starke Parese des rechten Beins, Analgesie des rechten Beins, Hyperalgesie des linken. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Läsion des Rückenmarks in der Gegend zwischen 6. und 7. Cervicalwurzel. Bei Entfernung des Bogens des 7. Halswirbels fand sich darunter eine mit wässeriger Flüssigkeit gefüllte Höhle, von der rechten nach der linken Seite etwas hinüberreichend. Das Rückenmark war in der Gegend des 7. und 8. Cervicalsegmentes erweicht. Die vorgeführten Schnitte beziehen sich theils auf etwas oberhalb, theils unterhalb der Erweichung gelegenen Stellen, da diese selbst wegen der geringen Consistenz nicht zu erhalten war. Ein Bild der Patientin zeigt die linksseitige Pupillenenge und Verengerung der Lidspalte, wie die Atrophie der linken Handmuskulatur. In den Schnitten aus Gegenden oberhalb der Erweichung findet sich sekundäre Degeneration in aufsteigender Richtung und ausserdem traumatische Degeneration in Folge der Erweichung. Die Hinterstränge sind beiderseits total degenerirt. Links ist der Burdachsche, der Seitenstrang vollkommen zerstört und eine diffuse, offenbar traumatische Veränderung bis in den Vorderstrang zu verfolgen. In dem Hinterhorn der grauen Substanz hat sich wahrscheinlich in Folge von Blutungen eine Erweichung in Form der Syringomyelie ausgebildet. Rechts zeigte sich eine aufsteigende Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahn und des Gowerschen Bündels, aber auch in dem Vorderstrang Faserausfälle. Nach abwärts von der Erweichung weisen die Schnitte eine sekundäre Degeneration der Pyramidenseitenstränge auf, abgesehen von der Veränderung der Vorderstränge und der diffusen linksseitigen traumatischen Degeneration unterhalb der Erweichung. Durch die Läsion der Seitenstränge erklärte sich die spastische Parese der unteren Extremitäten. Da der Hinterstrang der rechten Seite mitbetroffen erscheint, so wäre die Störung des Tastgefühls rechts verständlich. Die Wärmeempfindungsstörung der rechten Seite erklärt sich durch die weitgehende Zerstörung des Seitenstranges links. Schwieriger ist die Veränderung am Arm zu verstehen. J. nimmt die Kombination einer direkten Läsion des Plexus mit der Läsion des Rückenmarks in der Gegend des 7. und 8. Segmentes an, von wo aus die atrophische Lähmung in den Kleinhautmuskeln zustande gekommen sei. Eigenthümlich ist, dass auf der stärker zerstörten linken Seite das Tastgefühl erhalten blieb. Die Lokalisation auf feinere Pinselberührungen war durchweg eine gute. Die Störungen des Lagegefühls stimmten mit dem Bekannten überein. Da die Hinterstränge zerstört waren, so war das Lagegefühl dauernd vernichtet. Am schwierigsten sei die Erklärung der Hyperalgesie. Von den verschiedenen Hypothesen habe die sehr viel Wahrscheinlichkeit, dass, wenn die Hinterstränge nicht mehr leiten können und die sensible Leitung ausschliesslich durch die graue Substanz stattfinden muss, dann durch eine Art von Summation Verstärkung der Reize und so die Hyperästhesie bei streng halbseitigen Rückenmarksstörungen eintritt. Schwer verständlich wäre dabei, dass in diesem Fall nicht auch eine Hyperästhesie der anderen rechten Seite beobachtet wurde, da auch hier die Rückenmarkshälfte zerstört war. Andeutungen davon hätten allerdings in einem beschränkten Gebiet eine Zeit lang bestanden, aber nie in der Deutlichkeit wie links. J. nimmt an, dass noch komplizirtere Verhältnisse vorliegen, als bisher angenommen wurde, und dass bei einer vorwiegenden Läsion einer Seite durch einen dynamischen Einfluss die starke Hyperaesthesie anhaltend auf der einen Seite erhalten wird, während sie auf der anderen Seite durch die Vorgänge auf der stärker betroffenen Seite unterdrückt werde. Auch ein anderer von J. beobachteter Fall spricht dafür, dass hier ein eigenthümlicher gegenseitiger Einfluss der beiden Rückenmarkshälften stattfindet, der noch der Aufklärung bedürfe.

An der Diskussion über die Vorträge der Herren Henneberg und Jolly betheiligten sich die Herren Oppenheim, Bernhardt, Remak und die Vortragenden.

Treitel spricht zum Schluss über Hörprüfung Aphatischer. M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss im wirthschaftlichen Leben als ein messbarer Schaden in Betracht kommen, um einen Rentenanspruch zu bedingen.

Rek.-Entsch. vom 21. November 1899.

In der Brikettfabrik der Grube F. bei B. verletzte sich der Arbeiter Reinhold S. dadurch, dass ihm vom Abstreichblech eines Trockenapparates das Nagelglied des linken Mittelfingers abgequetscht wurde. Er wurde im Krankenhause Bergmannstrost behandelt und am 2. Juli 1898 als geheilt und arbeitsfähig entlassen. Der in zwei Schreiben vom 21. Juli 1898 und 11. Februar 1899 mit der Begründung, dass er linkshändig sei, vom Verletzten gestellte Antrag auf Gewährung einer Unfallrente, wurde vom Sektionsvorstande auf Grund des ärztlichen Gutachtens und einer Auskunft der Werksverwaltung abgewiesen; das Schiedsgericht gewährte dagegen dem S. eine Rente von 10 pCt. Auf den hiergegen von der Berufsgenossenschaft eingelegten Rekurs hat das R.-V.-A. das Schiedsgerichtsurtheil aufgehoben. Gründe:

Das R.-V.-A. hat bereits vielfach, insbesondere in den unter Ziffer 1581 (Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1897 Seite 266) zusammengestellten Rekursentscheidungen, ausgeführt, dass nicht jede Verletzung seiner körperlichen Unversehrtheit dem Versicherten einen Anspruch auf Unfallrente giebt, und dies selbst dann nicht, wenn ihm in Folge der Verletzung gewisse Unbequemlichkeiten bei der Verrichtung seiner Arbeiten erwachsen. Auf eine Rente hat nur Anspruch, wer in seiner Erwerbsfähigkeit in einem solchen Grade beeinträchtigt ist, dass die Beeinträchtigung im wirthschaftlichen Leben als ein messbarer Schaden in Betracht kommt; dies kann aber bei einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um weniger als 10 pCt. der Regel nach nicht zugegeben werden. Um eine solche Schmälerung der Erwerbsfähigkeit handelt es sich im vorliegenden Falle. Nach den übereinstimmenden Gutachten der Aerzte Dr. N. und Dr. Z. vom 20. Februar und 25. August 1899 bestehen die Folgen des Unfalls vom 20. Juni 1898 nur in dem Verlust des Endgliedes und eines Stückchens des Mittelgliedes des linken Mittelfingers. Eine Verdickung oder Steifigkeit des Fingers besteht, wie auf Grund der ärztlichen Feststellungen unbedenklich angenommen werden kann, nicht. Da auch sonstige, die Gebrauchsfähigkeit der Hand beeinträchtigende Begleiterscheinungen nicht vorhanden sind, so muss der Beklagten darin beigepflichtet werden, dass der Kläger durch die Unfallsfolgen nicht in nennenswerthem Masse in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt wird. An dieser Auffassung vermag weder der Umstand, dass der Kläger linkshändig ist, noch die Bescheinigung des Brikettmeisters Sp., dass der Kläger von Rechtswegen den früheren Lohn nicht mehr beanspruchen könne, etwas zu ändern. (Kompass).

Geringfügige Unterschiede in der Schätzung der Erwerbsunfähigkeit liegen innerhalb der natürlichen Fehlergrenze.

Entsch. vom 24. Januar 1900.

Der Bergmann Friedrich S. erlitt am 15. Dezember 1888 beim Betriebe der Zeche Hörder Kohlenwerk eine Verletzung, bestehend in dem Verluste des linken Auges und Herabsetzung der Sehschärfe des anderen Auges. Der Verletzte bezog bis zum 28. Juni 1889 die Vollrente, vom 29. Juni 1889 bis 18. September 1895 eine Rente von 60 Prozent und vom 19. September 1895 ab eine solche von $53^1/_3$ Prozent. Letztere Rente ermässigte der Sektionsvorstand vom 12. Juli 1899 auf 40 Prozent. Das Schiedsgericht hat auf Grund eines Gutachtens von Dr. N. auf 43 Prozent festgesetzt. Auf den hiergegen erhobenen Rekurs der Berufsgenossenschaft ist unter Aufhebung des Schiedsgerichtsurtheils der Sektionsbescheid unter folgender Begründung wiederhergestellt worden:

Die Beklagte ist der Auffassung, dass der Kläger durch die von ihr festgesetzte Rente von 40 Prozent für die zur Zeit noch bestehenden Unfallfolgen ausreichend, ja wohlwollend entschädigt sei, während das Schiedsgericht mit Rücksicht auf die ziffermässige Schätzung des ärztlichen Sachverständigen die Rente auf 43 Prozent erhöht hat.

Das Rekursgericht hat in Uebereinstimmung mit der Beklagten diese Erhöhung nicht für gerechtfertigt erachten können. Derartige geringfügige Unterschiede in der Schätzung liegen innerhalb der natürlichen Fehlergrenze, sind wirthschaftlich meist nicht von Belang und können deshalb der höheren Instanz in der Regel keinen Anlass geben, die Rentenfestsetzung der Vorinstanz abzuändern. Hierzu lag im vorliegenden Fall um so weniger Anlass vor, als in der That anzuerkennen ist, dass gegenüber den noch bestehenden Unfallfolgen die Rente von 40 Prozent keinenfalls unangemessen erscheint, Kläger auch seit Jahren einen erheblich höheren Arbeitsverdienst erzielt, wie vor dem Unfall. Kompass.

Grad der Erwerbsverminderung. Eine Anordnung an den Rentenempfänger, angemessene Arbeiten zu verrichten, weil hierdurch sein Krankheitszustand günstig beeinflusst werden würde, ist zugleich mit dem Angebot solcher Arbeiten zu verbinden, wenn die Nichtbefolgung als eine pflichtwidrige und schuldhafte Verhinderung des Eintritts einer Besserung aufgefasst werden soll.

Rekurs-Entscheidung vom 5. Februar 1900.

Der Bergmann J. B. erlitt am 2. Mai 1893 auf Zeche Selbecker Erzbergwerke eine Quetschung im Bereiche der unteren Brust und der Kreuzwirbel und bezog zuletzt die Rente von 75 Prozent. Diese Rente wurde vom 28. Juni 1899 ab auf eine solche von 50 Prozent herabgesetzt, weil nach ärztlichem Gutachten eine wesentliche, die Erwerbsfähigkeit steigernde Besserung in den Folgen des Unfalles würde eingetreten sein, wenn B. eine Arbeitsthätigkeit aufgenommen und durchgeführt hätte, wie ihm unterm 7. Juni 1898 aufgegeben worden sei. Die hiergegen von B. erhobene Berufung wurde verworfen. Auf den Rekurs des Klägers hin hat das R.-V.-A. die frühere Rente von 75 Prozent weiter bewilligt. Gründe:

Die gesetzlichen Voraussetzungen zu einer Herabsetzung der Rente liegen nicht vor. Allerdings ist bei der Anwendung des § 65 des Unf.-Vers.-Ges., der für die Abänderung einer rechtskräftig festgestellten Entschädigung massgebend ist, ein angemessenes Verhalten der Rentenempfänger unerlässlich, um diejenigen Grundlagen zu gewinnen, deren die Berufsgenossenschaften zur Prüfung des Umfangs ihrer Entschädigungspflicht fortlaufend bedürfen, und ein ungerechtfertigtes ablehnendes Verhalten der Rentenempfänger gegenüber solchen Anordnungen der Berufsgenossenschaften, die auf Gewinnung anderer Grundlagen für ihre Entschädigungspflicht hinzielen, kann nach der Rechtsprechung des R.-V.-A. unter Umständen ausreichend sein, eine anderweite Festsetzung der Entschädigung zu rechtfertigen, (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 4 und 8 e zu § 65 des Unf.-Vers.-Ges.). Es muss sich aber um solche Anordnungen handeln, deren Befolgung verständiger Weise von dem Verletzten zu fordern war und mit Wahrscheinlichkeit nach Lage der Verhältnisse des einzelnen Falls eine bestimmte Veränderung in dem Zustande des Verletzten herbeigeführt haben würde. Es muss dem Rentenempfänger ferner nicht nur klar zum Bewusstsein gebracht sein, welche Folgen seine Weigerung für eine andere Beurtheilung seiner Entschädigungsansprüche haben werde, sondern es muss ihm auch Gelegenheit gegeben sein, gegen die Angemessenheit der Anordnung und die aus der Nichtbefolgung ihm angedrohten Nachtheile die instanzmässigen Entscheidungen anzurufen. Insbesondere ist eine Anordnung an den Rentenempfänger, angemessene Arbeiten zu verrichten, weil hierdurch sein Krankheitszustand günstig beeinflusst werden würde, zugleich mit dem Angebot solcher Arbeiten zu verbinden, wenn die Nichtbefolgung der Anordnung als eine pflichtwidrige und schuldhafte Verhinderung des Eintritts einer Besserung aufgefasst werden soll (zu vergleichen Rekursentscheidung vom 11. März 1896 Pr.-L. 3446/95).

Diesen Voraussetzungen ist vorliegend nicht entsprochen. In dem Schreiben der beklagten Berufsgenossenschaft vom 7. Juni 1898 ist der Kläger nur im Allgemeinen auf seine Verpflichtung hingewiesen, seinerseits an der Besserung der Unfallfolgen nach besten Kräften mitzuwirken, und darauf aufmerksam gemacht, dass die lediglich in Folge von Unthätigkeit zurückbleibende Erwerbsunfähigkeit ihm allein zur Last falle. Es ist ihm nicht angedroht, dass ihm seine Rente verkürzt werden würde, wenn er weiter unthätig bleiben würde; es ist ihm auch keine bestimmte Arbeit angeboten, oder auch nur vorgeschlagen, sondern er ist nur aufgefordert, eine seinem Zustand entsprechende Arbeitsthätigkeit aufzunehmen und durchzuführen, unter Hinweis darauf, dass nach ärztlichem Gutachten seine Beschäftigung mit leichter Arbeit der Besserung seines Zustandes förderlich sein würde, und er zu solcher Beschäftigung auch befähigt sei. Das Schreiben enthält endlich keinen Hinweis darauf, dass dem Kläger ein Rechtsmittel gegen die Anordnung zustehe und in welcher Weise er es geltend zu machen habe. Fehlen hiernach wesentliche formelle Erfordernisse, um die Herabsetzung der Rente gemäss § 65 des Unf.-Vers.-Ges. begründen zu können, so erscheint andererseits aber auch sachlich die verfügte Herabsetzung der Rente um 25 Prozent nach Lage des Falls nicht gerechtfertigt. Denn das Gutachten des Geheimen Sanitätsraths Dr. K. vom 23. Mai 1899 giebt keine überzeugende Erklärung dafür, dass der Kläger bei seinem schweren und auch nach der letzten Untersuchung vom 18. November 1899 unverändert fortbestehenden körperlichen Leiden nur noch um 50 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt sein würde, wenn er sich seit Juni 1898 in der von der beklagten Berufsgenossenschaft zur Pflicht gemachten Weise beschäftigt hätte. Ausserdem kann der Kläger in der Zwischenzeit nicht ganz unthätig gewesen sein, da Dr. K. am 23. Mai 1899 festgestellt hat, dass die Haut der Hohlhandflächen sich derber und fester anfühle, auch leicht gebräunt sei, und endlich scheint der Sachverständige selbst Zweifel zu haben, ob der Wille des Klägers, zu arbeiten, nicht von seinem krankhaften körperlichen Zustand abhängig ist, da er in seinem Gutachten vom 23. Mai 1899 und 18. November 1899 eine Behandlung des Klägers in einem medikomechanischen Institut vorschlägt, um ihm die

Ueberzeugung beizubringen, dass er durch Uebung und guten Willen seinen Zustand erheblich bessern könne. Es erscheint daher fraglich, ob der Kläger ohne vorangegangene derartige Behandlung überhaupt im Stande war, sich in der von der beklagten Berufsgenossenschaft gewollten Weise dauernd zu beschäftigen, bezw. ob die Unterlassung solcher Beschäftigung ihm als — bewusstes — Verschulden angerechnet werden darf.

Nach alledem war die Verpflichtung der Beklagten zur Weiterzahlung der durch den Bescheid vom 26. Juni 1899 auf 50 Prozent herabgeminderten Rente von 75 Prozent auch über den 27. Juni 1899 hinaus auszusprechen. Zu einer Untersuchung, ob durch das erst jetzt vom Kläger vorgebrachte Blasenleiden, oder sonst eine Verschlimmerung seines Zustandes herbeigeführt ist, lag für das R.-V.-A. keine Veranlassung vor, nachdem noch die Untersuchung des Klägers durch Dr. K. am 18. November 1899 ergeben hat, dass Veränderungen in dem Krankheitszustand des Klägers nicht eingetreten sind.

(Compass).

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Vom Glünickeschen Heilverfahren.

Entscheidung vom 3. März 1900.

Durch Verfügung vom 29. Oktober v. J. hatte der Polizeipräsident zu Berlin dem Fabrikanten L. die Zubereitung und den Verkauf der sog. Glünickeschen Heilsäfte, soweit sie Aufgüsse und Abkochungen sind, untersagt und demselben auf Grund des § 132 des Landesverwaltungsgesetzes für jeden Fall der Zuwiderhandlung 300 Mark Strafe angedroht, indem ausgeführt wurde, es ist festgestellt, dass L. die sog. Glünickeschen Heilsäfte, d. h. Aufgüsse und Abkochungen von Pflanzen im Grossen herstellen lässt und an den Apotheker Z. zum Verkauf abgiebt. Da die Zubereitung dieser Heilsäfte nur den Apothekern zusteht, wie sich aus § 13 der Ministerialverfügung vom 16. Dezember 1893 in Verbindung mit der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar ergiebt, stellt sich die Zubereitung als eine Ordnungswidrigkeit bezw. als unbefugter Gewerbebetrieb dar.

Diese Verfügung griff L. durch Beschwerde beim Oberpräsidenten an, welcher die Beschwerde zurückwies und geltend machte, dass die Heilsäfte als Aufgüsse oder Abkochungen im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 anzusehen sind. Hieran ändert auch der Umstand nichts, dass die Säfte von den Patienten verdünnt eingenommen werden sollen. Nach § 13 der Ministerialverfügung von 1893 ist ferner den Apothekern untersagt, fertige infusa und decocta vorräthig zu halten, eine Vorschrift, die als eine Ausführungsvorschrift zur revidirten Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 dahin zu verstehen ist, dass Apotheker zur Selbstdarstellung der Präparate und Rezepte verpflichtet und nicht berechtigt erscheint, derartige Präparate aus einem beliebigen Laboratorium zu beziehen. Apotheker Z. hat durch Bezug und Abgabe der Glünickeschen Heilsäfte aus dem Geschäft von L. die zum Schutz des Publikums erlassenen Apothekergesetze verletzt und L. hat ihm dazu Beihilfe geleistet. Zur Verhinderung dieser Ordnungswidrigkeit erscheint die Polizei nach § 10 II 17 A. L. R. befugt.

Sodann verklagte L. den Oberpräsidenten beim Oberverwaltungsgericht und stellte in Abrede, sich gegen § 13 der Ministerialverfügung vom 16. Dezember 1893 etc. vergangen zu haben. Der Polizeipräsident nehme mit Unrecht an, dass die Pflanzensäfte zu den Abkochungen und Aufgüssen zu rechnen seien und dass sie nur in Apotheken hergestellt werden dürfen. Die Glünickeschen Heilsäfte seien Extrakte von Pflanzentheilen. Das Publikum erhalte diese Säfte nur in einer Apotheke. In Fabriken würden jetzt zahlreiche Medikamente angefertigt, wie z. B. Chinatinktur, Enzianextrakt etc. Die Heilsäfte würden auch nicht auf Vorrath hergestellt, sondern nur nach dem durchschnittlichen Bedarf des Tages. Während der Anwalt des Klägers das Glünickesche Heilverfahren als erfolgreich hinstellte und erklärte, es sei der Schulmedizin weit überlegen, bezeichnete es der Vertreter des Oberpräsidenten auf Grund von ärztlichen Gutachten als einen Schwindel. Das Oberverwaltungsgericht hob alsdann den Bescheid des Oberpräsidenten und die Verfügung der Polizeibehörde auf, indem begründend ausgeführt wurde, die Fabrikation der fraglichen Heilsäfte sei ohne polizeiliche Genehmigung zulässig. Der Fabrikant dürfe auch damit Grosshandel betreiben; der Detailhandel mit derartigen Säften sei aber gesetzlich nur in Apotheken erlaubt.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Amoedo, Die Zahnheilkunde in der gerichtlichen Medizin. Aus dem Französischen übersetzt von Dr. m. Gottlieb Port. Leipzig, Arthur Felix. 1900.

Port hat sich ein grosses Verdienst erworben, dass er das umfangreiche Buch Amoedos, in welchem der Versuch gemacht wird, die Bedeutung des Zahnsystems für die gerichtliche Medicin einer einheitlichen Bearbeitung zu unterziehen, durch eine vortreffliche Uebersetzung der deutschen ärztlichen Welt zugänglich gemacht hat. In sehr eingehender Weise werden nicht nur die anatomischen Merkmale der Zähne, sondern auch die einzelnen Anomalien der Form, der Grösse, der Zahl, der Anordnung, sondern auch die durch krankhafte Veränderungen oder gewerbliche Eigentümlichkeiten bewirkten Formenveränderungen der Zähne beschrieben und damit die Grundlage geboten diese Merkmale in forensischem Sinne zu verwerthen.

Den durch die Zähne hervorgerufenen Bisswunden, sei es, dass Menschen oder Tiere dieselben veranlassten, wird ein eigenes Kapitel gewidmet, ebenso den Veränderungen, welche die Zähne nach dem Tode erfahren. Der Schwerpunkt des Buches liegt wohl in den ausführlichen Angaben über die Bedeutung der Zahnbefunde zur Identitätsbestimmung von Leichen. Der Brand des Wohlthätigkeitsbazars in Paris hat leider nach dieser Richtung hin ein ausserdentlich werthvolles Material gegeben und gezeigt, wie eine sorgfältige zahnärztliche Buchführung im Verein mit dem Befunde am Gebiss noch dort eine Bestimmung des Individuums ermöglicht, wenn alle anderen Merkmale zerstört und andere Körperteile nicht mehr erhalten sind.

Zu diesen Beobachtungen wird noch eine grosse Zahl hinzugefügt aus der Geschichte der forensischen Medicin, und damit klar der Beweis geliefert wie werthvoll die Untersuchung des Skeletts durch die des Gebisses bei der gerichtsärztlichen Thätigkeit ergänzt werden kann. Mögen manchmal die einschlägigen Mittheilungen etwas ausführlich erscheinen, so wird man doch nirgends die ernste Absicht vermissen, durch sie die Bedeutung des Gegenstandes zu heben. Gerade der Umstand, dass hier einmal die bei uns noch zerstreuten Angaben einheitlich zusammengefasst werden und dass dem Gerichtsarzt ein Nachschlagebuch gegeben wird, in welchem er über alle in das zahnärztliche Gebiet schlagenden Fragen unter Angabe der Literaturquellen Aufschluss findet, macht das Buch so werthvoll und steigert das Verdienst der Mühe des Autors, dem wir die deutsche Uebersetzung verdanken. Partsch (Breslau)

Zur Besprechung eingegangen:

Kafemann, Dr. R. Priv.-Doc. an d. Univ. Königsberg. Rhinopharyngologische Operationslehre mit Einschluss der

Electrolyse. M. 71 Abb. im Text. 1900 Halle. Carl Marhold 112 S.

Müller, Dr. Fr. E. Was müssen die Berufsgenossenschaften von den Aerzten verlangen? Lübeck 1900. Max Schmidt. 32 S. Pr. 50 Pf.

Peiper, Dr. Erich, a. o. Professor a. d. U. Greifswald. Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen. Berlin 1900. Louis Markus. 2 M.

Pfeifer, Dr. A., Reg.- u. Geh. Med.-R. in Wiesbaden. Sechzehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. Jahrgang 1898. Braunschweig 1900. Friedrich Vieweg u. Sohn. 517 S. 9 M.

Pfister, Dr. Hermann, Priv.-Doc. u. I. Ass. d. psych. Klin. z. Freiburg i. B. Kritische Bemerkungen über das neue Verfahren und über gewisse Vorgänge bei Entmündigung internirter Geisteskranker. Halle 1900. Carl Marhold. 20 S.

Tagesgeschichte.

Statistik der Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung für die Jahre 1897, 1898, 1899.

Das Reichsversicherungsamt hat eine Statistik bearbeitet über den Umfang und die Erfolge der von den einzelnen Versicherungsanstalten und Kasseneinrichtungen gemäss § 12 des I. u. A. V. Ges. für Versicherte übernommenen und im Jahre 1899 abgeschlossenen Heilbehandlung, sowie über die Beständigkeit derjenigen Heilerfolge, welche durch die in den Jahren 1897 und 1898 abgeschlossene Behandlung erzielt worden sind. Den Vorbemerkungen zu dieser Statistik entnehmen wir das Nachstehende: Da, namentlich bei gewissen Krankheiten, die im Augenblick des Abschlusses der Heilbehandlung vorhandenen Erfolge vielfach nach kürzerer oder längerer Zeit eine Veränderung erfahren, so werden die in jedem Kalenderjahre erzielten Heilerfolge während fünf aufeinander folgender Kalenderjahre unter Einrechnung des Jahres, in welchem das Heilverfahren abgeschlossen ist, einer sorgfältigen Nachprüfung unterzogen. Es bedarf daher des Hinweises darauf, dass die gegenwärtig bis Ende 1899, das heisst bis zum Ablauf des dritten, zweiten und ersten Kalenderjahres, nachgeprüften Erfolge aus den Behandlungsjahren 1897, 1898 und 1899 ein abschliessendes Urtheil noch nicht ermöglichen.

Die Bearbeitung der Statistik erfolgte auf Grund von Fragebogen, deren Inhalt auf einer am 20./21. Mai 1898 mit den Vertretern sämmtlicher deutscher Landes-Versicherungsämter und Versicherungsanstalten im Reichsversicherungsamt abgehaltenen Konferenz vereinbart worden ist. Bei Aufstellung des Fragebogens war der Gesichtspunkt massgebend, die Versicherungsanstalten mit statistischen Angaben nur insoweit zu belasten, als dies im Hinblick auf ihre gesetzlichen Obliegenheiten dem eigenen Nutzen der Anstaltsvorstände entspreche. Es wurde deshalb davon abgesehen, feinere Unterschiede zum Ausdruck zu bringen, wie sie für allgemeinstatistische oder für medizinisch-wissenschaftliche Zwecke von Werth sein mögen. Man beschränkte sich vielmehr für die ständige Heilbehandlung darauf, je besonders für die wegen Lungentuberkulose und für die wegen anderer Krankheiten (einschliesslich Lungenerweiterung, Emphysem und Asthma) in Behandlung genommenen Männer und Frauen zu ermitteln, in wie vielen Fällen eine zum Bezuge der Invalidenrente berechtigende Erwerbsunfähigkeit (§ 9 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes) durch das Heilverfahren abgewendet ist oder nicht, sowie wie viele Verpflegungstage und welcher Kostenaufwand — unter besonderer Hervorhebung der Kosten der Familienunterstützung und der den Versicherungsanstalten durch Krankenkassen, Gemeinden etc. ersetzten Summen — zur Durchführung des Heilverfahrens erforderlich gewesen sind, während bezüglich der nichtständigen Heilbehandlung Angaben über die Zahl der insgesammt behandelten Personen und über die Höhe der insgesammt aufgewendeten Beträge für ausreichend erachtet wurden. Unter „ständiger“ Heilbehandlung wird jedes planmässige Heilverfahren in Kranken- und Genesungshäusern, Heilstätten, Bädern oder auch in der eigenen Wohnung des Versicherten verstanden, unter „nichtständiger“ Heilbehandlung dagegen die Behandlung in der Sprechstunde des Arztes, sowie alle einmaligen oder vorübergehenden Massnahmen (Gewährung von Arzt, Arzneien, künstlichen Gliedern etc.), und es werden unter dem „Kostenaufwand für ständige Heilbehandlung“ auch die für das Heilverfahren besonders aufgewendeten Verwaltungskosten und bei dem Vorhandensein eigener Heilstätten der Versicherungsanstalten eine dreiprozentige Verzinsung des darin angelegten Kapitals miteinbegriffen.

Zum Zwecke der Nachprüfung der erzielten Heilerfolge während fünf aufeinander folgender Kalenderjahre lässt der Fragebogen ersehen, wie viele von den mit Erfolg behandelten Männern und Frauen bis zum Schluss des Behandlungsjahres und während der vier folgenden Kalenderjahre Invalidenrente erhalten oder trotz Eintritts der Invalidität Invalidenrente nicht erhalten haben, sowie wie viele in den betreffenden Jahren gestorben oder in wiederholte Heilbehandlung genommen sind. Um diese Angaben liefern zu können, findet bei den Versicherungsanstalten etc. eine Nachfrage nach dem Schicksal der mit Erfolg behandelten Personen statt, und es ist hierüber zur gegenseitigen Verständigung der einzelnen Versicherungsanstalten etc. ein Nachrichtendienst ins Leben gerufen.

Die nachstehenden Bemerkungen beschränken sich auf die Hervorhebung einiger besonders wichtiger Punkte.

1. Bei allen Versicherungsanstalten sind im Jahre 1899 imsgesammt 20039 Personen mit einem Kostenaufwande von 4056975 M. 19 Pfg. gegen 13758 Personen mit einem Kostenaufwande von 2769330 M. 23 Pfg. im Jahre 1898 und 10483 Personen mit einem Kostenaufwande von 1993592 M. 22 Pfg. im Jahre 1897 in Heilbehandlung genommen worden. Zu den 20039 Behandelten gehören nach den Tabellen 3, 4, 18, 19 6032 (1898: 3806, 1897: 2559) wegen Lungentuberkulose und 6870 (1898: 5025, 1897: 4068) wegen anderer Krankheit „ständig“ behandelte Männer sowie 1666 (1898: 1104, 1897: 731) lungentuberkulöse und 3802 (1898: 2489, 1897: 1783) wegen anderweiter Krankheiten „ständig“ behandelte Frauen. Hieraus ergiebt sich, dass die Uebernahme der ständigen Heilbehandlung von Versicherten durch die Versicherungsanstalten etc. im Jahre 1899 eine erhebliche weitere Steigerung erfahren hat und einen ins Gewicht fallenden Theil der Volksgesundheitsfürsorge darstellt, der durch die deutsche Invalidenversicherung ermöglicht ist.

Bei Lungentuberkulösen überwiegen bei weitem Heilanstalten und Luftkurorte für Lungenkranke, bei anderen Krankheiten Krankenhäuser und demnächst Bäder aller Art.

52 Heilanstalten und Luftkurorte wurden benützt, von denen die meisten Kranken das Krankenheim Dr. Weichers in Görbersdorf aufnahm (440 Männer, 262 Frauen).

2. In den Jahren 1897 bis 1899 bestehen erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Kosten einer ständig behandelten Person und eines Verpflegungstages sowie hinsichtlich der

auf eine behandelte Person fallenden Zahl von Verpflegungstagen nicht. Es ist vielmehr der durchschnittliche Kostenaufwand bei den an Lungentuberkulose Erkrankten in allen drei Jahren nahezu doppelt so gross gewesen als bei den an anderen Krankheiten Leidenden, und zwar hat er bei Männern nicht ganz den doppelten Betrag erreicht, während er denselben bei Frauen überstiegen hat. Die erheblichen Unterschiede bei der ständigen Heilbehandlung der beiden Krankheitsgruppen sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass bei den mit Lungentuberkulose Behafteten wegen des Erfordernisses einer besonders kräftigen Ernährung der Verpflegungstag durchschnittlich 1 Mark — für Frauen noch etwas mehr — theurer zu stehen kommt, und mit Rücksicht auf die Natur des Leidens eine 21 bis 31 Tage längere Behandlungsdauer geboten ist, als bei anderen Erkrankten.

Auch bei der nichtständigen Heilbehandlung sind ähnliche Unterschiede in Bezug auf die Höhe der Kosten bemerkbar, je nachdem es sich um Lungentuberkulose oder um andere Krankheiten handelt. Alle Aufwendungen für nichtständige Heilbehandlung bleiben natürlich hinter denjenigen der ständigen Heilbehandlung weit zurück.

3. Um die Statistik der Dauer des Erfolges auf eine thunlichst sichere Grundlage zu stellen, sind diejenigen Fälle, welche einer Nachprüfung nicht unterzogen worden sind, von der Gesammtheit aller behandelten Fälle von vornherein in Abzug gebracht worden. Die Fälle wiederholter Heilbehandlung werden nicht mehr als solche mit einem nach dem ersten Heilverfahren fortdauernden Heilerfolg beurtheilt; dagegen werden sie nach Abschluss des neuen Heilverfahrens als besondere Fälle gezählt und in Bezug auf die Beständigkeit eines etwaigen Erfolges nach dem neuen Verfahren wie alle übrigen Behandlungsfälle in Betracht gezogen.

Die Anfangserfolge für Lungentuberkulöse und andere Kranke in den einzelnen Jahren weichen nur unwesentlich von einander ab. Dagegen weisen die Jahre 1898 und 1899 durchweg günstigere Ergebnisse auf als das Jahr 1897, was möglicher Weise auf die sorgfältigere Auswahl des Krankenmaterials auf Grund der 1897 gemachten Erfahrungen zurückzuführen ist.

Ferner tritt sowohl für die 1897 als auch für die 1898 in Heilbehandlung genommenen Personen ein erheblicher Unterschied in Bezug auf die Beständigkeit des Erfolges bei Lungentuberkulösen und bei anderen Kranken nach Ablauf des 2. Jahres noch nicht hervor. Nach Ablauf des 3. Jahres einschliesslich des Heilbehandlungsjahres jedoch macht sich bereits ein auffallend hoher Prozentsatz des Rückgangs der Erfolge bei Lungentuberkulösen gegenüber anderen Kranken bemerkbar. Wenngleich dieses Ergebniss erst auf den Erfahrungen aus einem Jahre — 1897 — beruht, so liegt doch die Annahme nahe, dass auch in Zukunft die Erfolge bei Tuberkulösen nicht von der gleichen Beständigkeit sein werden, wie bei anderen mit günstigem Erfolg behandelten Kranken. Immerhin können auch die gegenwärtigen Erfolge noch als befriedigend bezeichnet werden und rechtfertigen die aufgewendeten Kosten.

4. Was die Frage betrifft, in welchem Umfange sich bei den 1897 und 1898 mit Erfolg behandelten Personen die Nothwendigkeit einer Wiederholung des Heilverfahrens bis zum Schluss der Jahre 1898 und 1899 herausgestellt hat, so lassen die Zahlen der diesbezüglichen Tabellen erkennen, dass die Fälle wiederholter Heilbehandlung im ersten Jahre nach Ablauf des Behandlungsjahres bei Lungentuberkulösen nicht wesentlich zahlreicher sind als bei den wegen anderer Krankheiten Behandelten, dass aber bis zum Schluss des zweiten Jahres nach Ablauf des Behandlungsjahres für Lungentuberkulöse das Bedürfniss nach einer Wiederholung der Heilbehandlung stärker hervortritt als bei sonstigen Kranken.

(Die Inval.- u. Altersvers.)

Ein Versuch zur Eindämmung des Aethermissbrauchs in Ostpreussen.

Seit dem 1. April 1899 besteht eine Polizeiverordnung des Landraths des Kreises Heydekrug, der zufolge der Verkauf von reinem oder mit andern Substanzen vermischten Schwefeläthers zu Genusszwecken verboten ist und überhaupt Schwefeläther nur an Personen verkauft werden darf, die durch eine schriftliche Bescheinigung der Polizeibehörde nachweisen können, dass der Aether zu andern Zwecken bestimmt ist.

Ein Drogist und ein Kaufmann hatten diese Verordnung fleissig übertreten — der eine hat fünf Ballons Aether nachher noch verkauft. Als das Schöffengericht sie mit 3 Mark Geldstrafe belegte, legten sie Berufung ein. Sie behaupteten, erstens sei die Verordnung ungiltig, zweitens aber, „da Aether weniger gesundheitsschädlich als Alkohol sei", auch überflüssig.

Aber auch der Amtsanwalt, dem die Strafe zu gering schien, rief die höhere Instanz an. Diese, die Strafkammer des kgl. Landgerichts zu Memel, stellte fest, dass die Verordnung zu Recht bestehe, und erhöhte die Strafe auf 20 Mark.

Ein Erfolg — aber kein grosser. Die Leute vom Schlage der hier verurtheilten sind meist in der Lage, solch' kleine Polizeistrafen geduldig zu ertragen. Wir fürchten, dass noch immer die Stätte des Getreidemarkts in Memel, wie kürzlich ein ärztlicher Schriftsteller versicherte, an den Markttagen weithin nach Aether duftet.

Die Graphologen als gerichtliche Sachverständige.

Unter diesem Titel veröffentlicht Geh. Med.-Rath Dr. Schwartz-Köln einen beachtenswerthen Aufsatz in der Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin. Heutzutage, so führt er aus, werden als Schriftsachverständige Chemiker, Apotheker, Schreiblehrer, Lithographen oder subalterne Bureaubeamte zugezogen. Sie erhalten die Aufgabe, Gutachten über die Urheberschaft von ihnen vorgelegten Schriftstücken abzugeben.

Dieser Aufgabe sind sie aber nicht gewachsen. Was zunächst die Apotheker und Chemiker betrifft, so können sie nur die durch Radirungen, Hinzufügen von Buchstaben und Zahlen und dgl. bewirkten Fälschungen, vorausgesetzt, dass dabei verschiedene Tinten gebraucht wurden, nachweisen. Für die eigentliche Schriften-Erkennung fallen sie aus.

Aber auch gegen die Thätigkeit der übrigen bisher gebräuchlichen Schreibsachverständigen muss man sehr skeptisch werden, wenn man die Werke von Männern liest, die sich eingehend mit der Schriftkunde beschäftigt haben (Mendius, Hagen, Langenbruch, Wittmann). Da erfährt man, dass die rein äusserliche Vergleichung, der eine Strafthat enthaltenen Schriftstücke mit willkürlich oder zufällig ausgewählten Schriftproben leicht zu Trugschlüssen führen kann. Langenbruch sagt, Bleibendes und Unveränderliches giebt es in menschlichen Handschriften überhaupt nicht; ausser krankhaften Einflüssen verändern Stimmungen Lage und Form der Handschrift.

Handelt es sich gar um ungebildete Leute, die selten schreiben, so richtet sich der Charakter der Schrift häufig nur nach dem Schreiblehrer, der den Betreffenden ehemals unterrichtet hat.

Wie trügerisch die Gutachten der Schreibsachverständigen oft sind, dafür werden als Beispiele etliche Gerichtsbeschlüsse gegen Unschuldige angeführt, die sich auf solche Gutachten gründeten und später umgestossen werden mussten. Jedem wird der Fall Dreyfus vorschweben, auf den S. natürlich auch anspielt.

Nach den kritischen Erörterungen geht Verf. nun darauf über, dass Geisteskrankheiten einen bestimmenden Einfluss auf die Neigung zu gesetzwidrigen Schreibereien und auf die Schrift selbst haben können. Er kommt zu dem Schlusse, die Schrift sei eine physiologische Thätigkeit, zu deren Verständniss eine eingehende Würdigung der seelischen und körperlichen Eigenthümlichkeiten und Zustände des einzelnen Menschen nothwendig sei. Sachkundige Beurtheilung von Handschriften könne daher nur unter Mitwirkung psychiatrisch gebildeter Aerzte geschehen. Diese müssten schon im Ermittelungsverfahren zugezogen werden.

Ohne Zweifel sind es werthvolle Anregungen, die Schwartz da giebt. Jeder erfahrene Seelenarzt wird in einer ganzen Reihe von Fällen aus einem Schriftstück Vermuthungen, bisweilen sichere Schlüsse auf den Gesundheitszustand des Verfassers der Schrift ziehen können. Er wird umgekehrt manchmal auch beurtheilen können, ob eine bestimmte Person ein bestimmtes Schriftstück geschrieben hat oder nicht. Aber von dem, was der ideale Schreibsachverständige dem Gericht leisten soll, von der sicheren Entscheidung, ob ein beliebiges Manuskript, das zu einer kriminellen Handlung in Beziehung steht, von einem Menschen herrührt, dessen sonstige Schreibweise bekannt ist — davon ist vorläufig der Irrenarzt doch noch recht weit entfernt. Dazu bedürfte es einer besonderen Wissenschaft, einer „Schriftpsychologie", die die Erfahrungen der bisherigen Graphologen an grossem Material prüfen und sichten und durch systematische Forschung vervollständigen müsste.

Es ist sicher sehr zu wünschen, dass die Aerzte, die zu den berufenen Pflegern der normalen Psychologie gehören und die einzig berufenen Erforscher der Psychopathologie und der körperlichen, die Schrift beeinflussenden Störungen sind, sich der Schaffung einer wissenschaftlichen „Graphologie" widmen. Aber das wird eine schwere Aufgabe sein, und nichts wäre falscher, als wenn heute schon ein noch so kenntnissreicher Irrenarzt sich in der Beurtheilung einer beliebigen Schriftprobe einem rein empirisch arbeitenden „Bureau-Subalternbeamten" überlegen dünkte. Vorläufig kann man nur eines verlangen: dass die Gerichte nur mit grösster Vorsicht von den Gutachten der Schreibsachverständigen Gebrauch machen.

Das Programm der 72. Naturforscher-Versammlung, die am 16. bis 22. September in Aachen stattfindet, ist soeben erschienen. Wir nennen die für den ärztlichen Sachverständigen wichtigsten Vortragsthemen:

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie (Abtheilung 20):

Chiari-Prag: Rückenmarkabscess.

J. Orth-Göttingen: Ueber traumatisch-anaemisch-nekrotische Infarkte der Leber.

Innere Medizin und Pharmakologie (Abth. 21):

A. Eulenberg-Berlin: Ueber gonorrhoische Nerven-Erkrankungen.

W. His jun.-Leipzig: Ueber Ertheilung von ärztlichen Gutachten über neuerfundene Arzneimittel.

Chirurgie (Abth. 22):

B. Bardenheuer-Köln: Ueber Behandlung der Phlegmonen.

Derselbe: Ueber Kapselverengerung bei Gelenkaffektionen.

H. Krabbel-Aachen: Ueber Schussverletzungen des Abdomens.

C. Longard-Aachen: Fälle von Verletzung des Sprachzentrums.

W. Müller-Aachen: Zur Sehnenüberpflanzung.

C. Stern-Düsseldorf: Beitrag zur Behandlung subkutaner Nierenrupturen.

O. Wolff-Essen: Ueber Behandlung der Knöchelbrüche mit Bardenheuerscher Gewichtsextension.

R. Morian-Essen: Vorübergehende Haemoglobinurie in Folge von Blutung in der Bauchhöhle.

A. Sträter-Berlin: Ueber Knochenerkrankungen im Röntgenbilde.

Neurologie und Psychiatrie (Abth. 25).

G. Aschaffenburg-Heidelberg: Die klinischen Formen der Puerperalpsychosen.

A. Erlenmeyer-Bendorf: Ueber die Bedeutung der Arbeit in der Behandlung der Nervenkrankheiten.

A. Gilbert-Baden-Baden: Ein weiterer Fall von Pseudotabes mercurialis.

L. Goldstein-Aachen: Beitrag zur Lehre von den Schädel-Hirnverletzungen.

R. Wichmann-Wiesbaden: Ueber sexuelle Neurasthenie.

B. Saenger-Hamburg: Neuere Erfahrungen über Nervenerkrankungen nach Eisenbahnunfällen.

Augenheilkunde (Abth. 26):

E. Bertram-Düsseldorf: Ueber Ophthalmoplegia totalis.

F. Nieden-Bochum: Ueber Nystagmus der Bergleute.

C. Thier-Aachen: Auge und Erysipel.

Gerichtliche Medizin (Abth. 32):

C. Ipsen-Innsbruck: Der spektrale Blutnachweis für forense Zwecke.

Derselbe: Zur Frage des Nachweises von Pflanzenalkaloiden bei vorgeschrittener Fäulniss.

J. Kratter-Graz: Thema vorbehalten.

A. Leppmann-Berlin: Der Unfallverletzte als Rechtsbrecher.

M. Mayer-Simmern: Ueber Giftwirkungen leukotaktischer Mittel.

N. Peren-Montjoie: Die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Sturzgeburt.

C. Stubenrath-Würzburg: Experimentelle Untersuchungen über Leichenwachs.

Ungar-Bonn: Ueber den Einfluss der Fäulniss auf die Lungenprobe und die Magendarmprobe.

Hygiene und Bakteriologie.

Neisser-Frankfurt a. M.: Die Bedeutung der Bakteriologie für Diagnose, Prognose und Therapie.

Erismann-Zürich: Die Beleuchtung der Schulzimmer.

W. Ricken-Malmedy: Typhus und Molkereien.

Th. Weyl-Berlin: Keimfreies Trinkwasser durch Ozon.

Unfallheilkunde.

F. Bähr-Hannover: Thema vorbehalten.

R. Funke-Prag: Zur Diagnostik der traumatischen Neurose.

J. Riedinger-Würzburg: Ueber traumatische Skoliose.

C. Thiem-Cottbus: Die Projektion einzelner Skelettpunkte auf der Haut.

Derselbe: Weiteres über gynaekologische Unfallfolgen.

W. Wagner-Aachen: Ambulante Beinbruchbehandlung und Leimverbände.

Berichtigung. Der Vertreter der Reichslande bei der Versammlung deutscher Bahnärzte (Nr. 14 S. 289) heisst nicht Dr. Eilers, sondern Dr. Eyles.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. | № 16. | Ausgegeben am 15. August.

Inhalt:

Riss in der grossen Körperschlagader nach Unfall. Tod nach 6 Wochen.

Von
Dr. **Garcin** - St. Amarin.

Der in No. 14 der „Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung“ von Dr. F. Leppmann veröffentlichte Artikel „Wann sind Zerreissungen der grossen Körperschlagader als Unfallfolgen zu betrachten“, bietet mir Veranlassung, den unten näher beschriebenen Fall zu publiziren.

Der 36jährige Kaufmann J., den ich seit bald 10 Jahren kenne, aber nie eigentlich zu behandeln hatte, fiel am 25. Mai 1899 in Folge Ausgleitens rücklings flach mit solcher Gewalt auf den Cementboden des Magazins, dass er nur mit Hülfe von 4 Personen wieder aufstehen konnte und zuerst einige Zeit an der Unfallstelle sitzen bleiben musste, bis er sich zu Bette legen konnte. Ueber Nacht machte er kalte Umschläge, da aber die Schmerzen in der linken Schulter, die besonders hart aufgefahren war, immer stärker wurden, wurde ich anderen Tags gerufen.

Patient klagte über einen heftigen Schmerz an der linken Schulter in der Höhe der Spina scapulae, die Gegend war geschwollen und bei Druck sehr schmerzhaft. Ich nahm, da die Bewegungen im Schultergelenk frei waren und nur bei grösserer Exkursion Schmerzen verursachten, an, es handle sich um einen partiellen Bruch des Schulterblatts und stellte in dem Sinne auch ein Attest für eine Unfallversicherung aus. Der Arm wurde in eine Bandage gelegt und zuerst Eis applizirt, dann zwei Tage später ein Verband aus gestärkten Binden angelegt. Vom 8. April wurde der Arm nur noch in der Schlinge getragen und nach 3 Wochen fing Patient wieder an, sich seines Armes zu bedienen. Etwas Massage und entsprechende aktive und passive Bewegung hoben bald die beginnende Muskelatrophie. Am 3. Mai untersuchte ich den Patienten nochmals, um das Schlussattest auszustellen und fand den Herrn an der Arbeit munter und wieder kräftig.

Anderen Tags, am 4. Mai, wurde ich Nachmittags zu ihm schleunigst gerufen. Er lag zu Bett, klagte laut über heftige Leibschmerzen. Er erzählte, er hätte gegen Mittag plötzlich einen heftigen Schmerz wie einen Hexenschuss im Rücken verspürt. Bald darauf seien Koliken eingetreten sowie Brechen von Ueberresten seines Frühstücks (Milchkaffee mit 2 weichen Eiern). Mittags habe er nur etwas Fleischsuppe nehmen können und auch diese wieder kurz nachher erbrochen.

Während meines Besuchs wand sich Patient vor Schmerz im Bette hin und her und schwitzte stark. Der Puls war regelmässig, etwas frequenter wie normal, kein Fieber, Stuhlgang ist seit gestern noch nicht erfolgt. Bei Druck ist die

Magengegend allein schmerzhaft, der Leib aber nicht aufgetrieben.

Ich machte eine Morphiumeinspritzung (0,015) liess warme Breiumschläge auf den Leib machen, verordnete Eispillen. Abends $8^1/_2$ Uhr fand ich den Kranken ganz ruhig und so zu sagen ohne Schmerzen. Dieselben waren auf die Einspritzung nach und nach gewichen und nicht wiedergekehrt. Patient war noch leicht im Schweisse, fühlte sich abgeschlagen und müde, hatte aber guten regelmässigen Puls. Beim Harnlassen hatte es etwas lange gedauert bis der Strahl erfolgte. Das Brechen hatte auf Eis abgenommen, war aber noch nicht ganz gehoben, bei Druck auf den Unterleib war die Ileocoecalgegend etwas empfindlich.

Am anderen Morgen (5. Mai) früh um 5 Uhr wurde ich in aller Eile gerufen und fand den Kranken todt. Die Ehefrau erzählte mir, dass nach verhältnissmässig guter Nacht ihr Mann gegen 4 Uhr Morgens Milch begehrt hatte und bald hierauf etwas Limonade, worauf bald Brechen erfolgte. Sie hatte sich eben wieder zu Bette im selben Zimmer gelegt und mit ihrem Manne gesprochen, der sich über ein dumpfes Gefühl unter dem Brustbein, „wie wenn etwas ihm hinaufstiege“ beklagte, als sie Röcheln vernahm, aufsprang und gerade noch einige letzte Athemzüge bei ihrem schon besinnungslosen Manne wahrnehmen konnte. Nach einigen Sekunden war der Tod bereits eingetreten.

Auf meine Veranlassung wurde am 6. Mai Morgens die Sektion durch Collegen F. in Anwesenheit eines verwandten Arztes gemacht.

Das Resultat der Sektion war:

Ziemlich korpulenter, grosser Herr, starker Fettreichthum des Netzes, sonst nichts Abnormes im Bauch. Bei Eröffnung des Brustraumes findet man beiderseits im Brustfellsack ca. 1 Esslöffel voll röthlich gefärbter Flüssigkeit.

Der Herzbeutel ist mit einer dicken Fettschicht bedeckt, nach Lospräpariren derselben erscheint er sehr gross und breit, mit bläulichem Schimmer und so prall gefüllt, dass mit der Pinzette keine Falte aufgehoben werden kann. Nach Einschnitt strömt aus demselben flüssiges Blut in grosser Menge, nach Erweiterung der Oeffnung werden noch 4 Trinkgläser voll flüssigen Blutes und zwei solche ziemlich fester Gerinsel entfernt. Das Herz war in seiner ganzen Umgebung mit einer fortlaufenden Gerinselschicht bedeckt.

Das Herz selbst ist gross, breit, schlaff und eingesunken mit einem grossen Sehnenfleck auf der Vorderseite. Bei Eröffnung der Vorhöfe und Kammern findet man dasselbe so gut wie leer, nur einige kleine unbedeutende frische Gerinsel. Der schlaffe Herzmuskel erscheint dünn, besonders rechts, doch gesund. Die Herzklappen sind normal.

Nach Eröffnung der Hauptschlagader mit der Darmscheere findet man auf der hinteren rechten Seite derselben 4—5 cm oberhalb der Klappe, also im aufsteigenden Theile des Bogens, einen der Achse der Gefässe ungefähr parallel verlaufenden ca. 2 cm langen geradlinigen Riss der inneren Gefässwand, der in einen ca. hühnereigrossen Sack führt, der mit etwas helleren, ziemlich fest haftenden Blutablagerungen spärlich bedeckt ist, es findet sich darin nur ein kleines dunkles freies Gerinsel. Der Sack verläuft an der Aorta von vorn rechts nach hinten links und von oben nach unten. Bei genauerer Untersuchung findet man hinter dem Anfange der Aorta an der Grenze des linken Vorhofes eine fetzige rundliche Rissstelle, wodurch sich der Sack in den Herzbeutelraum entleert hatte. Die Wurzel der linken Lunge ist weithin mit Blut infiltrirt. Die Aorta selbst weist keine Verkalkungen, sondern nur wenige sehr oberflächliche Verfettungen auf. Bei der grossen Wichtigkeit der Sache und dem Interesse, das der Fall bot, wurden die Lungen vorläufig intakt gelassen und Herz, Lungen, Luftröhre und Speiseröhre im Zusammenhang herausgenommen und meinem früheren Lehrer Prof. von Recklinghausen in Strassburg noch am selben Tage durch den verwandten Arzt überbracht.

Die Untersuchung der übrigen Organe ergiebt ausser grösserem Fettreichthum nichts Abnormes.

Im Toraxraume wird linkerseits nichts Besonderes entdeckt. Bei Eröffnen des linken Schultergelenks findet man dasselbe ohne besonderen Inhalt. Auf der Gelenkfläche des Schulterblatts aber fällt oben und innen eine ca. Fruchtkerngrosse gelbliche verfettete Stelle des Knorpels auf, mit leichter Einsenkung am Rande. Nach Abpräpariren aller Muskeln findet man auf der inneren Fläche des Schulterblatts an der Basis des Rabenschnabelfortsatzes eine gegen die Gelenkfläche fast senkrecht verlaufende unebene ca. 1—2 mm dicke bis 3—4 mm breite Leiste von weichem, rothem, frischem Knochengewebe. Bei einem Längsdurchschnitt an dieser Stelle findet man, dass die kompakte äussere Knochenlamelle getrennt ist und der hintere Theil in die spongiöse Knochensubstanz eingedrückt worden ist. Callusmassen haben die Bruchstelle geebnet und überwölbt.

Mein Gutachten lautete dahin, dass der Tod durch Bersten eines dissecirenden Aneurysmas in den Herzbeutel erfolgt sei. Bei dem früheren vorzüglichen Gesundheitszustande des Herrn, und dem Fehlen gröberer Erkrankung der Hauptschlagader neige ich zu der Ansicht, dass der Riss an der Aorta in mittelbaren Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. Mai zu bringen sei, obgleich der Zustand des Aneurysmas nur auf einen Bestand von 1—2 Tagen schliessen lässt.

Prof. von Recklinghausen wurde seinerseits um ein Gutachten durch die Unfallversicherungs-Gesellschaft ersucht.

Auf meine Anfrage hat mir derselbe gestattet, dies interessante Gutachten hier wörtlich folgen zu lassen, wofür ich ihm hiermit bestens danke. Es lautet wie folgt:

Zunächst kann ich die thatsächlichen Angaben über die bei der Autopsie von den Herren Aerzten Dr. G. in St. A. und Dr. F. in F. erhobenen Befunde zu Folge der von mir wiederholt ausgeführten Nachuntersuchung in allen wesentlichen Punkten, wie sie das Gutachten des Herrn Dr. Garein vom 23. Mai 1899 darlegt, durchaus bestätigen, insonderlich trete ich seinen Schlussfolgerungen:

„1. dass der Tod des Herrn F. J. durch das Bersten des dissecirenden Aneurysmas der Brustaorta erfolgt ist, und zwar mittelst der plötzlichen Füllung des Herzbeutels mit austretendem Blute,

2. dass das Aneurysma nur etwa 24 Stunden in der für dieses schliessliche Bersten erforderlichen Ausdehnung bestanden haben wird“,

bedingungslos bei. Ich behaupte in Uebereinstimmung mit mehreren Fachgenossen, welche über dieses Bersten derartiger Arterienerweiterungen in den Herzbeutel hinein in den vergangenen Jahren geschrieben haben, dass dieser Ausgang deswegen unvermeidlich war, weil sich kein zweiter Einriss an der Aortenwand gebildet, kein Ventil entstanden war, durch welches das hochgespannte Blut des Aneurysmasackes den Weg zurück in die alte Blutbahn der Aorta gefunden hätte. Wegen dieses Fehlens einer Oeffnung für den Rückfluss des Blutes, sowie ferner bei dem Mangel jeglichen Zeichens dafür, dass die Rissflächen der Aortenwand sich mit neuem Gewebe bekleidet hätten, erscheint die Behauptung 2, dass das Zerreissen der Aortenwand am letzten Lebenstage etwa mit dem Beginne der heftigen Leibschmerzen eingetreten ist, vollkommen gerechtfertigt. Wäre junges Gewebe auf der Rissfläche auch nur mikroskopisch zu finden gewesen, so liesse sich ein

längeres Bestehen des abnormen, innerhalb der Schichten der Aortenwand gebildeten Kanals mit Sicherheit behaupten. Aus eigener Erfahrung, wie auch nach der Schilderung anderer Forscher kenne ich solche Fälle mit längerem Bestande, ja sogar eine Art Heilung wird alsdann einem dissecirenden Aneurysma zugesprochen.

In derartigen Fällen von geheiltem „Aneurysma dissecans“ ist es in der Pathologie seit der Untersuchung Boström's im Jahre 1888 Gebrauch geworden, den meistens an Aortenbogen oder in dem aufsteigenden Theile gelegenen ersten Einriss, von welchem aus das dissecirende Aneurysma zu Stande kommt, die primäre Ruptur zu nennen und das Hauptinteresse der Frage zuzuwenden, wie diese zu Stande kommt, ob die Gefässwand einreisst, weil sie durch schleichende Erkrankung immer brüchiger und widerstandsunfähiger geworden ist, oder ob irgend ein plötzliches Ereigniss, eine äussere Gewalteinwirkung, namentlich ein Trauma, wie es die Medizin nennt, die eigentliche Veranlassung des ersten Einrisses abgegeben hat. Ist einer seit Langem bestehenden Veränderung der Aortenwand, nämlich der mittleren Schicht, einer Mesarteriitis, die bisweilen nachgewiesen wurde, die Schuld beizumessen, oder ist in der Hauptsache, vielleicht gar einzig und allein, die durch ein intensives Trauma herbeigeführte momentane Erhöhung des Blutdrucks in den Blutgefässen als Ursache des dissecirenden Aneurysmas in Anschlag zu bringen? Boström's Worte lauten in der Beziehung: „Ich muss nach meiner Erfahrung annehmen, dass die allermeisten, wenn nicht alle Fälle von Aneursyma dissecans auf ein Trauma zurückgeführt werden müssen.“ Ein Autor aus neuester Zeit. Herr Tschermack (Virchow's Archiv, 160. Band) äussert sich dahin: „Gerade für diese Fälle dissecirender Aneurysmen liegt die Ursache in einem intensiven Trauma meist klar zu Tage.“ Indem ich mich diesen Anschauungen über den Zusammenhang einer Aneurysmabildung mit einem vorausgegangenen Trauma aus eigener Erfahrung und Beobachtung anschliessen muss, gelange auch ich in dem vorliegenden Falle des Herrn J. zu der auch im Gutachten Dr. G.'s geäusserten Annahme, dass der am 25. März erlittene schwere Unfall die Bildung des dissecirenden Aneurysmas vorbereitet hat und wenigstens als eine indirekte Ursache des 6 Wochen später eingetretenen Todes bezeichnet werden kann. Zur Begründung führe ich folgende Erwägungen auf:

1. Aus der Krankengeschichte, der mehrwöchentlichen Gebrauchsunfähigkeit und der Anwesenheit von Knochenneubildungen an dem verletzten linken Schulterblatt, wie sie der Obduktionsbericht schildert, ergiebt sich, dass die Gewaltwirkung, obwohl der Geschädigte nur auf flachen Cementboden gestürzt war, eine recht schwere gewesen sein muss. Hatte sie auch eine grössere Fraktur des Schulterblatts, welche der behandelnde Arzt vermuthete, nicht zur Folge gehabt, so hatte sich doch eine ungewöhnlich starke Allgemeinwirkung, namentlich eine grosse Schmerzhaftigkeit auf der getroffenen Körperseite eingestellt, und das Athmen war beeinträchtigt worden, sicherlich war bei dem Beschädigten, der als ein ziemlich korpulenter, grosser Herr mit starker Fettleibigkeit bezeichnet werden muss, durch den Unfall unmittelbar eine psychische Erregung eingetreten, welche notorisch eine excessive Steigerung des Blutdrucks so plötzlich herbeiführte, dass die Arterienwand unter der starken Spannung, welcher sie dabei ausgesetzt wird, einen Einriss bekommen kann und zwar erfahrungsgemäss gerade an der aufsteigenden Aorta und am Aortenbogen, meistens an derjenigen Stelle, wo auch hier die Eingangsöffnung des dissecirenden Aneurysmas nachgewiesen wurde. Dieser ungefähr 4—5 cm oberhalb der Klappen (speziell oberhalb der rechten Aortenklappe) gelegene, etwas schräg zur Achse des Gefässes verlaufende Riss der inneren Gefässwandschichten darf sicherlich als die primäre Rupturstelle bezeichnet werden.

2. Dieser Schlitz, der schon, als mir das Präparat vorgelegt wurde, fast 3 cm lang erschien und die innere und die mittlere Gefässschicht etwas schief durchsetzte, hat innerhalb der letzteren rauhe Ränder, während die innere Schicht, die mit mehreren fettigen Rändern versehen ist, sich etwas abgehoben hat. Der obere Rand des Schlitzes erscheint umgebogen, leicht eingekrempelt, wie man es an derartigen primären Rupturen zu finden pflegt, wenn sie längere Zeit bestanden haben. Freilich machen die Rissränder wegen der genannten Rauhigkeit den Eindruck, als ob der Riss noch frisch, nur Tage alt wäre. Auch lieferte die mikroskopische Untersuchung der mittleren Gefässschicht den Beweis, dass neben den Rissrändern keine grössere Anhäufung von jungen Zellen, wie an den entfernter liegenden Abschnitten der gespaltenen Gefässwand aufzufinden war, von einer beginnenden Ueberhäutung der Rissflächen der Aortenwand konnte selbst in der Nachbarschaft des Schlitzes nicht die Rede sein. Den positiven Beweis dafür, dass diese primäre Ruptur schon Wochen alt, habe ich mittelst der anatomischen Untersuchung nicht in wünschenswerther Deutlichkeit führen können. Anderseits muss ich hervorheben, dass ich auch in einem gewiss mehrere Wochen alten Aneurysma dissecans der absteigenden Aorta, welches ich zum Vergleich untersuchte, nicht grössere nachträgliche Veränderungen an der Rissstelle nachweisen konnte, wie in dem Falle des Herrn J. Wahrscheinlich bedarf es mehrerer Monate, wenn nicht Jahre des Bestandes, bis sich die neuen Gewebsschichten, welche die Ueberhäutung der Rissstellen, die sogenannte Heilung des dissecirenden Aneurysmas besorgen, zur vollen, wenn auch nur mikroskopischen Deutlichkeit entwickeln. Trotzdem ein Zeichen des grösseren Alters nicht aufgefunden wurde, bleibt die Annahme, dass vor mehreren Wochen wenigstens ein Einbruch der inneren Aortenschichten entstanden sei, vollkommen zulässig.

3. Dass sich aus kleinen Rupturaneurysmen, ja auch aus einfachen Einrissen der inneren Wandschichten späterhin grosse dissecirende Aneurysmen in Folge irgend einer weiteren Veranlassung und Einwirkung enwickeln können, ist eine allgemein anerkannte Thatsache. Die Schilderung des Krankheitsverlaufs am letzten Lebenstage (4. Mai) ergiebt keine Aufklärung darüber, wodurch die plötzlichen Leibschmerzen veranlasst wurden, welche die bevorstehende Katastrophe anzeigten. Ueber die nächste Ursache dieser Steigerung des Aneurysmas bis zur gefährlichen Grösse bleiben wir in dem vorliegenden Falle ebenso im Dunkeln, wie bei vielen andern Fällen von dissecirendem Aneurysma hinsichtlich ihrer ganzen Veranlassung. In solchen unklar gebliebenen Fällen, in denen diese Zerspaltung der Wand der grossen Hauptschlagader des Körpers gewöhnlich erst bei der Obduktion aufgefunden wurde, um so mehr als ein überraschender Befund, weil von einer äusseren Gewalteinwirkung nichts bekannt geworden war, hat man nach Wandveränderungen gesucht und die alsdann nachweisbaren Erkrankungen derselben als die eigentliche Veranlassung dissecirenden Aneurymas angesprochen, selbst wenn sie nur mikroskopisch nachweisbar waren. Und auch dieser Nachweis ist oft genug nicht in befriedigender Weise gelungen. Bei Tausenden von Aorten älterer Menschen finden sich dieselben Erkrankungen, die Entzündungen der inneren Arterienhäute viel stärker und doch fehlen die Aneurysmen gänzlich, In der vorliegenden mikroskopischen Untersuchung konnte ich an der ganzen Brustaorta innerhalb der äusseren Schichten der mittleren Aortenhäute ungewöhnlich reichliche Rundzellenlager längs der kleinen Wandgefässe, am Abschnitte des Aor-

tenbogens auch kleine Blutungen in dem die Gefässe einscheidenden Bindegewebe nachweisen, somit diejenigen Befunde erheben, welche auf eine ältere, der Aneurysmabildung vorausgehende Entzündung, auf eine Mesarteriitis bezogen werden. Im Ganzen waren indess diese Befunde nur sehr mässig, für die Erklärung des entstandenen Aneurysmas, selbst der ersten Ruptur, deshalb nicht in die Waagschaale zu werfen, weil sie in der mittleren und der äusseren Wandschicht der Aorta von Individuen des mittleren Lebensalters nicht selten erhoben werden, sogar in weit grösserer Evidenz, ohne dass ein sog. spontanes Aneurysma entstanden wäre. Für das Lebensalter. welches Herr J. erreicht hat, nämlich 36 Jahre, waren die Verdickungen der inneren Arterienhaut allerdings ungewöhnlich stark entwickelt, stärker auch die fettige Veränderung derselben ausgebildet, wie sonst bei Vierzigern. Indessen sind diese Befunde in den grossen Schlagadern der Menschen, welche die Fünfzig passirt haben, etwas so Gemeines, dass sie mit den so seltenen dissecirenden Aneurysmen der Aorta in eine ursächliche Beziehung nicht gebracht werden können.

4. Laut der Krankengeschichte und den Ergebnissen der Obduktion sind keinerlei sonstige Momente namhaft zu machen, welchen ein Einfluss auf die Entstehung des dissecirenden Aneurysmas bei dem Herrn J. zugeschrieben werden könnte.

In der grossen Mehrzahl der Fälle von dissecirenden Aneurysmen der Aorta fehlen in ganz derselben Weise alle sonstigen Ursachen, welche in Anschlag gebracht werden könnten für die Blutdrucksteigerung, welche die Ruptur der Gefässwand schafft; die anatomischen Momente ergeben fast regelmässig keinen Anhaltungspunkt, um auf diese den Schwerpunkt zu verlegen. Es bleiben nur die raschen oder gar plötzlichen Störungen der Thätigkeit des Herzens und der Schlagadern, momentane Hindernisse für den Verlauf des Blutes im Gefässsystem, sogenannte funktionelle Störungen, die am Blutgefässapparat in weiter Verbreitung einmalig oder wiederholt auftreten, übrig, um das Einreissen der Gefässwand, welches das Aneurysma bewerkstelligt, zu erklären.

Da nun in vielen Fällen von dissecirenden Aneurysmen einzig und allein ein vorausgegangenes Trauma als das ursächliche Moment angeschuldigt werden konnte, so bin ich in Zusammenfassung aller Erwägungen, auch mit voller Berücksichtigung des Umstandes, dass die anatomische Untersuchung für die Schätzung des Zeitpunktes, in welchem der erste Einriss der Gefässwand eintrat, nichts Sicheres ergeben hat, veranlasst, die mir gestellte Frage nach dem Zusammenhange des Todes mit dem Unfalle dahin zu beantworten, dass **das den Tod des Herrn J. unmittelbar veranlassende dissecirende Aneurysma nicht nur möglicher, sondern wahrscheinlicherweise in seiner ersten Anlage von dem früher erlittenen Unfalle abzuleiten ist. Die Annahme eines mittelbaren Zusammenhanges zwischen dem Unfall und dem Tode kann meines Erachtens nicht abgewiesen werden.**

Durch Vermittlung eines Rechtsanwalts erlangte darauf die Wittwe des Herrn J. in Folge eines Vergleiches mit der Unfallversicherungs-Gesellschaft etwas über $^3/_4$ der versicherten Summe.

Akuter Gelenkrheumatismus und Trauma.

Kasuistische Mittheilung
von
Dr. **Wolff**-Danzig.

Mit dem Begriff des Unfalls hat sich ein ätiologisches Moment eingebürgert, das eine täglich sich steigernde Bedeutung annimmt. In diesem Rahmen sind neue Krankheitsbegriffe, wenn auch nicht neue Krankheitsbilder entstanden, — ich erinnere nur an die vielumstrittenen Unfall-Neurosen, — und immer weiter wird der Kreis der Erkrankungen, welche mit dieser Aetiologie in Verbindung gebracht werden.

Als neuestes Glied in dieser Kette erscheint der akute Gelenkrheumatismus. Man bezieht sich hierbei auf die Analogie mit Osteomyelitis oder Gelenkstuberkulose, indem man die heute besonders betonte Anschauung zu Grunde legt, dass der akute Gelenkrheumatismus eine Infektion mit „weniger virulenten Eiterkokken" darstellt.

Allerdings ist diese Zugehörigkeit noch ebensowenig sichergestellt wie die Beziehungen des Gelenkrheumatismus zum Trauma, und es wird noch mancher Beweisführung bedürfen, um speziell die letztere, praktisch so überaus wichtige Frage, nach der einen oder anderen Richtung hin definitiv zu beantworten.

Dass bei der grossen Neigung der interessirten Kreise, alles und jedes zu einem Unfall zu gestalten, was in ihre Körperunversehrtheit eingreift, gerade bezüglich einer so ausserordentlich häufigen Erkrankung die grösste Vorsicht schon bei der Erwägung der Frage an sich geboten erscheint, bedarf keiner besonderen Betonung. Und man wird wohl ohne weiteres Becker, der in No. XII/1900 der „Aerztl. Sachverst.-Zeitung" die bisher publizirten Fälle zusammenstellt und einer kurzen Kritik unterzieht, in seiner Schlussbemerkung beistimmen: „Ein wichtiges Moment bei der Beurtheilung dieser Fälle bietet endlich auch noch die Zeitfolge zwischen Gelenktrauma und sich anschliessender Polyarthritis rheum. Je kürzer diese Zeit, desto wahrscheinlicher scheint mir der Kausalnexus, je länger, desto unwahrscheinlicher." Dieser Wink kann nicht genügend Beherzigung finden. Denn wenn der akute Gelenkrheumatismus eine akute Infektionskrankheit darstellt, so muss er nach der Analogie mit diesen Erkrankungen ein Inkubationsstadium haben. Dieses ist ja nun, vielleicht deshalb, weil an sich verschiedene, in ihren Aeusserungen ähnliche Krankheitsbilder unter jenen Begriff zusammengefasst werden, für den akuten Gelenkrheumatismus noch nicht bekannt. Aber wenn man einwandsfreien Aufzeichnungen, wo sich z. B. nach Erkältungen fast unmittelbar, zuweilen nach noch nicht eintägigem Intervall, der akute Gelenkrheumatismus einstellte, Rechnung zu tragen geneigt ist, dürfte diese Inkubationsdauer nicht gerade allzulange bemessen werden. Durch möglichst zahlreiche Beobachtungen kann es vielleicht gelingen, das hier noch herrschende Dunkel zu zerstreuen. In diesem Sinne gestatte ich mir die Mittheilung folgender Krankengeschichte:

Am 24. April cr. wurde die 25jährige Wirthschafterin M. B. von der Landesversicherungsanstalt Westpr. dem hiesigen Zander-Institut zur Nachbehandlung überwiesen.

Sie giebt an, dass ihr Vater im Alter von 54 Jahren an einem Kehlkopfleiden (?) gestorben wäre, die Mutter ist gesund, ebenso ihre Geschwister. Ein Fall von Rheumatismus ausgeprägten Charakters existirt in der Familie nicht. Sie selbst sei stets gesund gewesen, habe vor allem nie an Rheumatismus gelitten. Fluor habe nie bestanden.

Am 14. August 1899 wollte sie auf einer Trittleiter Gardinen anstecken. Hierbei fiel sie herunter, und zwar, wie sie ausdrücklich angiebt, auf die rechte Seite, und ganz besonders auf das rechte Knie. Am Tage arbeitete sie weiter. Des Nachts spürte sie jedoch heftiges Reissen im rechten Knie und der rechten Schulter. Tags darauf stellte der Arzt Temperatursteigerung fest. Ob bereits Schwellung vorhanden war, weiss sie nicht anzugeben. Sie erhielt Salicyl und blieb 14 Tage bei ihrer Dienstherrschaft liegen. Als sich der Zustand jedoch verschlimmerte, wurde sie nach dem Krankenhause geschafft. Dort wurde Schwellung in allen grossen

Körpergelenken festgestellt. Sie blieb vier Monate im Krankenhause und wurde schliesslich mit steifem rechten Knie entlassen, während die übrigen Gelenke mittlerweile abgeschwollen und frei beweglich geworden waren.

Bei der Aufnahme am 24. April zeigte sich das rechte Knie spindelförmig verdickt, leicht gebeugt, Kniescheibe mässig verschieblich, Kapsel verdickt, kein Flüssigkeitserguss nachweisbar, in der Kniekehle ein vergrösserter, aber nicht druckempfindlicher Schleimbeutel. Beweglichkeit sehr gering, anscheinend schmerzhaft, sehr erhebliche Atrophie, besonders des Quadriceps. Alle übrigen Gelenke frei beweglich, auch ohne Geräusche.

Im Uebrigen ist die B. ein sehr korpulentes, etwas anämisches Mädchen. Herz ohne Abweichung, ebenso die Lungen. Fluor wird geleugnet.

Durch Heissluftbäder, Stauung, Massage etc. gelang es nach einigen Wochen, die Beweglichkeit des Kniegelenks zu steigern und vor Allem schmerzfrei zu gestalten. Die Atrophie verminderte sich mit Zunahme der Beweglichkeit. Als mit zunehmender Besserung die Aussicht auf die erhoffte Invalidenrente immer mehr schwand, entzog sich die B. weiterer Behandlung.

Dass das Mädchen eine Polyarthritis durchgemacht, unterliegt keinem Zweifel. Ob es ein „reiner" Gelenkrheumatismus oder ein gonorrhoischer gewesen ist, vermag ich nicht zu entscheiden. Für unsere Betrachtung ist es aber heute noch ziemlich belanglos, ob nach einem Trauma eine Infektion des betreffenden Gelenks, und von da aus eine Ausbreitung über die übrigen Gelenke mit „weniger virulenten Eiterkokken" oder mit Gonokokken stattgefunden hat. Dass aber das Trauma der Erkrankung voraufgegangen ist, muss man wohl annehmen. Denn hätte die B. schon vor dem fraglichen Tage Schmerzen in dem rechten Kniegelenk verspürt, so bin ich, wie ich die Person kenne, fest überzeugt, dass sie nun und nimmermehr eine Leiter bestiegen hätte. Mir aber und den anderen Aerzten vorzureden, dass die Erkrankung sich gerade an ein Trauma angeschlossen, lag gar keine Veranlassung vor, da die p. B. einerseits nicht unfallversichert war und die Invaliditätsversicherung andererseits darauf keine Rücksicht nimmt.

Ich meine demnach, dass man die obige Darstellung gelten lassen kann. In diesem Falle aber hätten wir Trauma und Erkrankung in so unmittelbarer Aufeinanderfolge, wie wir es thatsächlich zuweilen bei Erkältungen und Durchnässungen beobachten.

In dieser Hinsicht steht unser Fall mit seiner an das exakte Experiment erinnernden Folge von Ursache und Wirkung, soweit ich die Literatur kenne, ziemlich vereinzelt da. Allerdings beweist ein Fall noch nichts. Aber er ist doch immerhin geeignet, der oben citirten Ansicht Beckers zur Stütze zu dienen.

Referate.

Chirurgie.

Zur Statistik des Lippenkrebses auf Grund von 565 Fällen aus der von Bruns'schen Klinik.

Von Dr. Loos.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie von P. v. Bruns. 27. Bd. 1. Heft. S. 57.)

Von diesen 1843—1898 in der Tübinger Klinik beobachteten 565 Lippenkrebsen fallen 534 d. i. 94,5% auf die Unterlippe und nur 31 d. i. 5,5% auf die Oberlippe, 483 d. i. 85,5% auf das männliche und 82 d. i. 14,5% auf das weibliche Geschlecht, bei Berücksichtigung des Unterlippenkrebses allein 87,4% auf Männer und 12,6% auf Frauen. Betheiligt ist überwiegend die landwirthschaftliche Bevölkerung, doch ist daraus nicht etwa auf eine besondere Disposition zu schliessen. Sucht man nun nach gemeinsamen Ursachen für die Prädisposition jener Stände, so könnte als das für alle zutreffende Moment der Aufenthalt in freier Luft geltend gemacht werden. Entsprechend den so häufigen Rhagaden an Lippen und Mundwinkeln werden auch in den Anamnesen als Beginn der Krebsvertreibung öfters angegeben: „Schrunden, Risse, die nicht heilen wollten," sonstige Folgen von Witterungseinflüssen (wie Erfrieren), einmal auch direkt „der Aufenthalt im Freien" von einem Waldschützen. Aber welch' geringe Rolle spielen diese Zahlen gegenüber den Fällen, wo keine Ursache angegeben werden konnte. Und wenn überhaupt diesen Angaben der Kranken wenig Werth beizumessen ist, so sind auch kleine Traumen fast ebenso oft angegeben worden, wie obige Ursachen. Bei 25 Fällen ist ausdrücklich eine vorausgegangene kleine Verletzung beschuldigt: kleine Risswunde, Reiben eines Zahnes, Gegenfliegen eines Holzstückes, Stich mit einem schartigen Löffel, mit einer Stahlfeder, Schnitt beim Rasiren, Kratzen eines auf dem Arme getragenen Kindes an der Lippe der Trägerin, Gegenfliegen einer Erdscholle. Ferner ist einmal der Beruf als Flötenspieler und Waldhornbläser als Entstehungsursache angegeben. Ohne nun diesen Angaben im einzelnen allzugrossen Werth beizumessen, so liegt doch das Gemeinsame darin, dass unmittelbar der Verlust der Epitheldecke das Eindringen der Noxe erleichtern, oder auch die entsprechende Entzündung der Infektion durch Krebs begünstigen, also den Boden für seine Entwicklung gewissermassen präpariren kann." — Ein näherer Zusammenhang zwischen Pfeifenrauchen und Lippencarcinom besteht nicht. — Als Ausgangspunkt der mit Defekten in der Epithelbedeckung beginnenden Krankheit wird immer das Lippenroth genannt, nur vereinzelt die nächste Umgebung. — Die durchschnittliche Krankheitsdauer sämmtlicher Fälle bis zur Operation betrug 1 Jahr $6^1/_2$ Monate. Die geringe Neigung des Lippenkrebses, entferntere Metastasen zu bilden, wird bestätigt. Von den Operirten erkrankten 33% wieder; eine nennenswerthe Heilungsdauer folgt auf die Operation mehrfacher Recidive nicht. Von den 1843—1885 beobachteten Fällen endeten günstig 51,6%, ungünstig 48,4%, von den 1885 bis 1896 günstig 66%, ungünstig 35%. Guder.

Untersuchungen über die angebliche Contagiosität des Erysipels.

Von Dr. Respinger.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie von v. Bruns. Bd. 26, Heft 2, S. 261.)

„Die Erysipelen werden vielerorts auf die intern medizinischen Absonderungsabtheilungen gelegt; in der Privatpraxis werden sie auch wie andere kontagiöse Krankheiten, so gut es geht, isolirt; es besteht in gewissen Städten (z. B. in Basel) die Anzeigepflicht für den Arzt, welche ja eben auch den Zweck hat, gegebenen Falles staatliche Massregeln gegen die Ausbreitung der Krankheit zu ermöglichen und also auf die Annahme der Contagiosität gegründet ist. — Weder Schuppen noch getrockneter Blaseninhalt sind im Stande eine Contagion zu vermitteln. Da sie aber das Einzige sind, das die unverletzte Erysipelfläche in flüssige Form verlässt, ergiebt sich der Schluss, dass der Erysipel keine kontagiöse Krankheit ist. Auch die Gefahr der Uebertragung darf unter den heutigen Verhältnissen nicht mehr hoch angeschlagen werden. Das Sekret der Eingangspforte ist allerdings sehr infektiös; aber die Verbreitung desselben in die Umgebung kann ja sehr leicht vermieden werden. Je kleiner die Wunde ist, um so geringer die Gefahr der Verschleppung. Der Erysipel ist viel natürlicher und zwangloser in eine Kategorie mit den übrigen Wundinfektionskrank-

heiten (Phlegmone, Lymphangoitis, Pyaemie etc.) zu bringen. Die Infektiosität einer Streptokokkenphlegmone mit eröffnetem Abscess ist eine unendlich viel grössere als diejenige z. B. eines Gesichtserysipels. Die Zweckmässigkeit der Anzeigepflicht fällt mit der Ablehnung der Contagiosität, denn mit dem gleichen oder grösseren Recht wie die Erysipelfälle müsste jeder phlegmonöse Prozess angezeigt werden. G.

Ueber traumatische Muskelverknöcherungen.

Von Dr. C. Rammstedt.
(Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. XXI, H. 1.)

Abgesehen von den Muskelverknöcherungen in nächster Nachbarschaft von Muskelinsertionspunkten, bei denen durch die Gewalteinwirkung des Traumas kleine Periosttheilchen mit der Sehne des betreffenden Muskels abreissen und die Veranlassung zur Knochenbildung geben, kommen auch fern von den Insertionspunkten im Anschluss an meist schwere, einmalige Traumen Muskelverknöcherungen vor. Besonders bevorzugt ist hierbei die Streckmuskulatur des Oberschenkels und Oberarms. R. konnte nur 12 derartige Fälle in der Litteratur eingehend beschrieben finden, obwohl doch derartige Knochenbildungen relativ häufig sind. Er selbst hat in den letzten zwei Jahren in der Hallenser Klinik zwei ganz analoge Fälle beobachtet.

Der erste betrifft einen 25jährigen Leutnant, welcher einen Hufschlag gegen den linken Oberschenkel erhalten hatte. Es bildete sich noch an demselben Tage eine ziemlich bedeutende Anschwellung und nach einigen Tagen blaue und grüngelbe Flecke in der Haut. Erst drei Wochen später merkte er an der Stelle der Verletzung eine Verhärtung innerhalb der Muskulatur, die langsam zunehmend bei Bewegungen schmerzte und schliesslich die Beweglichkeit des Kniegelenks beeinträchtigte.

Der klinische Befund war folgender: Die Anschwellung liegt innerhalb der Streckmuskulatur, ist von Knochenhärte und lässt sich in zwei Abschnitte differenziren. Der oberflächlichere lässt sich etwas auf der Unterlage verschieben, während der tieferliegende, aber mit dem ersteren zusammenhängende Theil, dem Knochenschaft fest aufsitzt. Bei stärkerem Druck und gewaltsamen Bewegungen im Kniegelenk werden lebhafte Schmerzen geäussert. Das Kniegelenk kann nicht völlig gebeugt und aktiv auch nicht ganz gestreckt werden.

Die Diagnose lautete: Verknöcherung des Muscul. vastus internus.

Bei der Operation kam man nach Durchtrennung der oberflächlichen Rectusschichten auf eine Knochenschale von $1^1/_2$ cm Dicke und 15 cm Länge. Die Muskelfasern des Rectus und des Vastus internus gingen direkt in dieselbe über, so dass sie scharf herauspräparirt werden musste. Durch eine Schicht mehr oder weniger veränderter Muskulatur getrennt, fand sich darunter eine zweite Knochenschale, welche dem Schaft in einer Ausdehnung von 6 cm fest aufsass und nur mit dem Meissel entfernt werden konnte.

Der zweite Fall bezieht sich auf einen 18jährigen Knecht, der ebenfalls einen Hufschlag gegen den linken Oberschenkel erhalten hatte. Trotzdem arbeitete er, erst 14 Tage später bekam er beim Tragen schwerer Säcke und Treppensteigen heftigere Schmerzen im linken Oberschenkel und einige Tage später Behinderung in der Beweglichkeit des linken Kniegelenks. Er wurde in die Klinik geschickt und bot jetzt folgenden Befund: Im linken Oberschenkel befindet sich auf seiner vorderen Fläche eine buckelförmige Vorwölbung. Die Betastung ergiebt unterhalb der überall verschieblichen und nicht infiltrirten Haut, innerhalb der Muskulatur des Vastus eine knochenharte, walzenförmige Geschwulst, die ungefähr 20 cm lang, 8 cm breit ist. Die Beweglichkeit des Kniegelenks ist behindert, indem Streckung und Beugung beschränkt und, forcirt, mit Schmerzen an der Geschwulst verbunden sind.

Die Diagnose Verknöcherung im Vastus internus wird durch das Röntgenverfahren bestätigt, man sieht die matten, aber deutlichen Umrisse eines Tumors, welcher direkt auf dem Oberschenkelknochen liegt, während die Umrisse des letzteren vollkommen scharf und unverändert sind.

Der Tumor wird an seinem Innenrande durch einen Parallelschnitt zum Aussenrande des Sartorius nach Durchtrennung des Rectus femoris und der oberflächlichen Fasern des Vastus medius freigelegt. Wegen seines innigen Zusammenhanges mit der Muskulatur kann er nur scharf ausgelöst werden. Um die Dicke der Knochenplatte zu ergründen, wird an deren oberer Fläche eingeschnitten, es findet sich ein regelrechter, überall von Knochen umgebener Hohlraum, aus welchem sich circa 100 ccm einer rothgelben, klaren Flüssigkeit entleeren. Besonders an der unteren Spitze der Geschwulst müssen zahlreiche Gefässe durchtrennt und unterbunden werden, dort endet auch ein starkes Gefäss blind. An der Basis ist die Knochenneubildung an ihrem oberen Ende in einer Ausdehnung von 4 cm Länge und kaum 1 cm Breite mit dem Schenkelknochen verwachsen, lässt sich aber ohne Meissel mühelos abheben. Der Knochen war in derselben Ausdehnung von der Knochenhaut entblösst — einzelne Rauhigkeiten in der Umgebung, geringe Knochenneubildungen wurden noch mit dem Meissel entfernt. Die Wunde wurde genäht nach Anlegung eines Gegeneinschnitts zur Drainage nach der Aussenseite. Die Heilung erfolgte glatt.

Von den 14 bekannten Fällen betreffen 11 den Vastus femoris, 1 den Triceps brachii, 1 den Brachialis internus und 1 den Glutaeus maximus. Sämmtliche sind nach einem einmaligen, heftigen Trauma entstanden, 9 nach einem Hufschlage. Sicher handelt es sich in der Mehrzahl um subkutane Zertrümmerung der Muskulatur, Zerreissung von Gefässen mit Bildung eines grösseren Blutergusses oder blutiger Durchtränkung der gequetschten Gewebe. Aeussere Zeichen der Entzündung sind in keinem Falle beobachtet. In der Form stellen sie meistens flache, bis zu 20 cm lange und meist 1, 2 bis höchstens 3 cm dicke Knochenplatten oder -Spangen dar.

Besonders interessant ist das im zweiten Falle der Hallenser Klinik gewonnene Präparat. Dasselbe ist 15 cm lang und bis zu 6 cm breit; es stellt einen vollkommen abgeschlossenen Hohlraum dar mit knöchernen Wänden von einer durchschnittlichen Wandstärke von 4—5 mm.

Es fragt sich nun, von wo diese Osteome ihren Ausgang nehmen. Ob sie primär in der Muskulatur entstehen und erst in Folge ihres Wachsthumes mit dem Skelett in Verbindung treten oder ob sie ihren Ursprung dem Periost verdanken.

Löste Berthier bei Kaninchen Periostfetzen vom Knochen ab und brachte sie in innige Berührung mit Muskelfasern, so konnte er dadurch wahre Verknöcherungen erzeugen. Zweifellos muss man deshalb für manche Fälle einen periostalen Ursprung anerkennen.

Von den beschriebenen 14 Fällen waren aber 10mal die Verwachsungen zwischen Osteom und Femur nur sehr lose und in einem Falle gar nicht vorhanden. Dies und ihre Ausdehnung im Faserverlauf des Muskels sprechen für einen muskulären Ursprung. Ebenso der mikroskopische Befund des zweiten Falles der Hallenser Klinik:

1. eine überaus charakteristische schichtweise Anordnung der Knochenneubildung,

2. alle diese Knochenschichten sind deutlich trennbar und verlaufen parallel den erhaltenen Muskelfasern,

3. die innerste Schicht enthält die kompaktesten Knochenspangen, während nach aussen feinere Knochenbälkchen, dann sogar eine Schicht mit metaplastischer Bildung des Knochens aus Knorpel und am weitesten aussen wohl Knorpelbildung, aber noch keine weitere Neubildung zu erkennen ist.

4. In den verschiedenen Bindegewebsschichten finden sich Reste von Blutungen ganz verschiedener Zeit. Dem Innenraum der Cyste am nächsten gelegen finden sich die am meisten vorgeschrittenen Umwandlungsstufen der einstigen Blutung in ausgedehnter Pigmentbildung, während mehr aussen noch ziemlich unveränderte Blutreste angetroffen werden.

Durch diese Thatsachen ist bewiesen, dass wiederholte Blutungen stattgefunden haben und dass immer eine spätere Blutung in einer der folgenden Muskelschichten zu einer neuen und späteren Knochenneubildung geführt hat. Dass ferner die Blutungen innerhalb der Muskulatur, die folgende Bindegewebswucherung und die weitere Umwandlung des Bindegewebes in Knorpel und Knochen in einem untrennbaren ursächlichen Zusammenhange stehen.

Die Behandlung hängt von den Beschwerden der betroffenen Patienten ab. Sind Schmerzen und zunehmende Bewegungsstörungen in den benachbarten Gelenken vorhanden, so ist man stets berechtigt, die Verknöcherung auf blutigem Wege zu entfernen.

Helferich verlangt, dass der betreffende Muskel in ganzer Dicke exstirpirt werde, mindestens aber soweit, als derselbe verändert erscheint; er verlangt ferner eine Abtragung der Knochenhaut 1 cm weit in der Umgebung des Ansatzes der Geschwulst und Abmeisselung der oberflächlichen Rindenschicht des benachbarten Knochens. Obwohl ein so radikales Vorgehen gewiss vor Rückfällen schützt, kann man erfahrungsgemäss doch auch bei weniger eingreifendem Verfahren gute Ergebnisse erzielen. Da die Geschwülste an sich gutartig sind, ist man um so mehr berechtigt, schonender vorzugehen, als die Funktion des Gliedes um so besser wird, je weniger von der Muskulatur geopfert wurde.

In den beiden neuen Fällen wurde die Geschwulst ebenfalls auf das Genaueste aus der Muskulatur herauspräparirt, aber von der letzteren nur das weggenommen, was in inniger Verbindung mit dem Tumor stand. Vom Knochen wurde nur die verdickte Knochenhaut an der Ansatzstelle und einige osteophytischen Auflagerungen daselbst entfernt.

Obwohl beide Fälle glatt heilten, wurde beide Male in den ersten 4—8 Wochen nach der Operation unterhalb der Narbe in der Muskulatur, ein schwieliges, derbes Infiltrat beobachtet, welches unter vorsichtiger Bewegung und Massage bis auf einen geringen Rest dicht am Knochen vollständig zurück ging. Stabel.

Zwei räthselhafte Frakturenbefunde.

Aus der chirurgischen Abtheilurg der Diakonissen- und Heilanstalt Bethesda zu Hamburg. Von Oberarzt Dr. Karl Lauenstein.

(Deutsche Aerzte-Zeitung. Heft 12, 1900.)

Das Besondere, was die vom Verfasser mitgetheilten beiden Fälle bieten, besteht darin, dass ganz unerwartet schwere Zertrümmerungsbrüche gefunden wurden. In dem einen Falle handelte es sich um einen Trinker, der wegen einer schweren Zellgewebsentzündung des linken Unterschenkels, die, von einer diffusen Schwellung und Röthung der ganzen Fussgelenk-, Sprungbeingelenk- und Fusswurzelgegend ausgehend, sich bis an das Knie hinauf erstreckte, in Behandlung kam. Bei der Operation fand sich eine vollkommene Zertrümmerung des Fersenbeines in etwa zehn Stücke; Zeichen einer frischen Blutung fehlten ebenso, wie Spuren einer äusseren Verletzung. Wenn der Kranke von einem Unfall nichts zu berichten wusste, so erklärt sich dieser Umstand wahrscheinlich mit seinem Potatorium. In dem anderen Falle aber handelte es sich um einen durchaus nüchternen Mann, der mit einer bereits seit sechs Wochen bestehenden eitrigen Entzündung des rechten Ellbogens zur Behandlung kam. Hier fand sich bei der Operation eine vollständige Zertrümmerung des Ellbogenknochens; in dem entleerten Eiter waren charakteristische Gonokokken nachweisbar. Erst später ergab die genauere Nachforschung, dass sich der Kranke etwa acht Tage vor Beginn seines Leidens mit dem Dreschflegel gegen den rechten Ellenbogen geschlagen, aber ruhig weitergearbeitet hatte. Dann bekam er einen Furunkel in den Nacken und nun begann die Entzündung im Ellbogengelenk. Es ist also wahrscheinlich auf metastatischem Wege die Vereiterung des Ellbogenbruchs zu Stande gekommen, der seinerseits durch jenen Unfall hervorgerufen wurde. —y.

Beitrag zur Entstehung der Leistenbrüche.

Von Generaloberarzt Niebergall-Flensburg.

(Dtsch. mil.-ärztl. Zeitschr., XXIX. Jahrg., Heft 6.)

Die Frage nach den näheren Vorgängen bei der Entstehung von Leistenbrüchen ist seit der Einführung der Unfallversicherungs-Gesetzgebung nicht nur für den Militärarzt, sondern für jeden praktischen Arzt, insbesondere aber für den ärztlichen Sachverständigen von hohem Interesse. Wiederholt ist auf Aerzte- und Naturforscher-Versammlungen darüber debattirt worden. Zwei Punkte sind es hauptsächlich, um die sich noch der Streit der Meinungen dreht. Einmal fragt es sich, ob Leistenbrüche im Allgemeinen plötzlich oder allmählich entstehen, und zweitens handelt es sich darum, ob bei der Entwickelung des Uebels der innere Leistenring eine grössere Rolle spielt als der äussere. Auf Grund anatomischer Untersuchungen, die zunächst die Thatsache feststellen, dass es einen eigentlichen Leisten-„Kanal" im Sinne eines offenstehenden Weges mit eigenen Wandungen und einer gegebenen Eingangs- und Ausgangsmündung garnicht giebt, kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass ständig gegen den inneren Leistenring andringende Eingeweide auf die Dauer wohl im Stande sind, hier eine Verbreiterung der Bahn nach und nach zu Stande zu bringen, womit die Wichtigkeit der jeweiligen anatomischen Beschaffenheit gerade der inneren Leistenpforte dargethan ist. Verf. zieht aus seinen Darlegungen folgende interessante Schlussfolgerungen:

1. Soweit nicht angeborene Bruchsäcke vorhanden sind, also in fast $^{3}/_{4}$ aller Bruchfälle, geht die Ausbildung des Leistenbruches allmählich vor sich.

2. Da bei dem meist allmählichen Entstehen des Uebels die Anfänge der Bruchbildungen von dem Träger oft garnicht bemerkt werden, so genügt, sobald die Bauchgeschwulst in den vorderen Abschnitt des Leistenkanals gedrungen ist, oft eine verhältnissmässig geringfügige Veranlassung, um den Bruch zum Vorschein zu bringen.

3. Massgebend für Entwickelung von Leistenbrüchen sind in erster Linie die anatomischen Verhältnisse am inneren Leistenringe, der äussere spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle. Richard Müller.

Karbol-Gangraen.

Von Francis B. Harrington.

(Amer. Journ. of med. Sc. 1900 July.)

Die Arbeit enthält keine neuen wissenschaftlichen Thatsachen, sie wiederholt im Wesentlichen nur die immer noch

nicht überflüssige Warnung vor dem „Hausmittel" der Karbolumschläge.

18 Fälle von Karbolbrand hat H. persönlich beobachtet, die Verordnung des schädlichen Stoffes war meist von Apothekern gegeben.

Wem irgend die Arbeit im Urtext zugänglich ist, der wird mit Bewunderung die beigegebenen Abbildungen betrachten, die auf 3 trefflich ausgeführten Tafeln erst einen brandigen Finger, dann das mikroskopische Durchschnittsbild desselben und endlich eine ganze Sammlung von durch Karbolbrand verkrüppelten Fingern darstellen. Solche Bilder wirken mehr als alles Reden.

Innere Medizin.

Ein Fall von einem Aneurysma der Carotis interna nach Tonsillarabscess. Heilung durch Unterbindung der Carotis communis.

Von Dr. P. Wulff, Ass. am Isr. Krankenhaus zu Hamburg.
(M. M. W. 1900 No. 20.)

Ein acht Jahre altes Kind hatte eine gewöhnliche folliculäre Mandelentzündung durchgemacht. Kurz darauf zeigte sich, während das Allgemeinbefinden schlecht war, eine wallnussgrosse Anschwellung der linken Mandelgegend, die für einen Abscess gehalten wurde und geschnitten werden sollte. Vor dem Einschnitt aber sollte der Rachen von Schleim gereinigt werden. Als ein Tupfer eingeführt war und das Kind stark würgte, quoll plötzlich ein mehrere Finger dicker Blutstrahl aus dem Munde.

In drei Stössen verlor das Kind mehr als einen halben Liter Blut. Es wurde ohnmächtig, kam aber wieder zu sich, die Blutung stand. Nach zwei Wochen schwoll dieselbe Mandel wieder an, diesmal wurde von einem andern Arzte durch Einschnitt reiner Eiter entleert.

In den nächsten Wochen entwickelte sich eine pulsirende Geschwulst, die aus dem Nasenrachenraum von der hinteren Wand herabhing, und aus der sich auf Einstich mit feiner Hohlnadel helles Blut entleerte. Drückte man die Halsschlagader zusammen, so hörte die Pulsation auf. Mit dem Ohr nahm man über der Halsschlagader ein systolisches Geräusch war.

Da das Aneurysma der Carotis interna, das somit bestand, an der Kuppe schon sehr verdünnt und das Kind sehr elend war, wurden nicht erst verschiedene andere Behandlungsweisen versucht, sondern bald die Unterbindung und zwar zur Sicherheit die der gemeinsamen Halsschlagader vorgenommen. (Es war nicht ganz auszuschliessen, dass der Blutsack von der aus der Carotis externa kommenden pharyngea ascendens ausging.) Der Erfolg war gut, die Geschwulst verschwand, die Heilung wurde nur durch einen Abscess in der Ohrspeicheldrüsengegend etwas verzögert, der nach dem Gehörgang durchbrach.

Wir wollen nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass dieser Fall so recht zeigt, wie die durch unscheinbare Eiterungen hervorgerufenen Aneurysmen nicht nur für den Kranken, sondern auch für den Arzt recht gefährlich sind. Hätte der erste Arzt erst durch Einschnitt die Blutung hervorgerufen, so wäre voraussichtlich das Kind gestorben und der Doktor zum mindesten in Voruntersuchung gekommen.

Zur Kasuistik seltener Formen von Blutbrechen.

Von Dr. G. Honigmann-Wiesbaden.
(Zeitschrift für prakt. Aerzte No. 10, 1900.)

Welche Schwierigkeiten in diagnostischer Hinsicht oft bei Entleerung von Blut aus dem Munde entstehen können, erhellt aus dem vom Verfasser mitgetheilten Falle, der wegen eines eigenartigen Verlaufes von Interesse ist: Bei der zuerst auftretenden Blutung (reichlich helles, schaumiges Blut) entstand die Vermuthung eines Lungen-Blutsturzes, die rechte Lungenspitze wies eine Dämpfung auf. Am nächsten Tage aber schon wurde diese Annahme widerlegt, als Patient ein ca. 9 cm langes, kleinfingerdickes Blutgerinnsel aushustete, das am Ende sich in zwei dünne Aeste gabelte, als ob es auf der Gabelung der Luftröhre geritten hätte. Das Krankheitsbild wurde noch verdunkelt durch das Auftreten von Schüttelfrösten und eine starke Milzschwellung. Am Brustbein war über dem Schwertfortsatz ein geringes Oedem in Ausdehnung eines Fünfmarkstückes vorhanden. Erst die Sektion brachte die Aufklärung des Falles; es lag eine Milzblutung vor, die durch eine wahrscheinlich von einem peptischen Geschwür der Speiseröhre verursachte Durchbruchsstelle Eingang in die Speiseröhre gefunden hatte. Ob der Milzabszess primär entstanden oder durch das durchgebrochene Geschwür veranlasst worden, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. —y.

Zur Pathologie und Diagnose der Ren mobilis.

Von Wuhrmann.
(Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 53, Heft 172.)

Während man meistens die Untersuchung der Wanderniere in Rücken- oder Seitenlage ausführt, ist von vornherein anzunehmen, dass das Leiden, welches gewöhnlich nur in aufrechter Stellung des Patienten diesem Beschwerden macht, auch in dieser Stellung am leichtesten zu diagnostiziren sei.

Der Palpationsbefund ist im Liegen oder Stehen durchaus verschieden. Untersucht man in Rücken- oder Seitenlage, so findet sich die Niere bald mehr, bald weniger nach unten innen gerutscht, ja nach der Exkursionsfähigkeit des Organes und je nachdem sich der Patient langsam oder schnell hingelegt hat. Im letzteren Falle wird sie gleichsam an ihren normalen Standort zurückgeschleudert.

Untersucht man dagegen den Kranken im Stehen, so erhält man immer dieselbe und zwar die maximale Nierenwanderung. Je nach dem Grade ihrer Beweglichkeit, findet man die Niere dann knapp am unteren Rippenrande oder tief unten in der Fossa iliaca.

Man konstatirt ferner in dieser Stellung leicht eine Drehung der Wanderniere um ihren frontalen Quer-Durchmesser, sodass Nieren- und Körperlängsaxe annähernd einen rechten Winkel zu einander bilden. Diese Drehung tritt mit grosser Regelmässigkeit schon im Beginn des Leidens ein, wenn die Niere kaum am Rippenrande zu palpiren ist. Die Diagnose wird neben den allgemein diagnostischen Merkmalen, wie glatte Oberfläche des Tumors bei relativ harter Consistenz und einem eigenthümlichen, charakteristischen Druckschmerz gerade dadurch gesichert, dass der Tumor sich mit seiner Längsaxe in die senkrechte Stellung zurückdrehen und an den normalen Nierenstandort hinaufschieben oder schnellen lässt.

W. klemmt bei der Untersuchung, während er sitzt, den Patienten zwischen seinen Knieen ein, wodurch derselbe so bedeutend an Halt gewinnt, dass er in der Spannung der Bauchdecken nachlässt, andere lassen den Kranken seinen Oberkörper vorn überbeugen.

Hat man den Patienten mehrere Wochen zu Bette liegen lassen, dann ändert sich die Drehung der Niere nicht, aber die Exkursionsweite nach unten ist vermindert und erreicht erst nach einigen Tagen ihre frühere Grösse.

Die Drehung der Nierenlängsaxe aus der senkrechten in die horizontale Lage kommt dadurch zu Stande, dass sich für gewöhnlich der obere Nierenpol nach vorn neigt. Es ist beim stehenden Patienten leicht zu konstatiren ob die Drehung in dieser Richtung erfolgt ist oder nicht. Die Hand,

welche den Bauchdecken aufruht, hat nur nöthig, den ihr zugekehrten Nierenpol nach oben zu drehen und die Niere zu reponiren. Gelingt dies, so ist der Beweis geliefert, dass der obere Pol nach vorn gedreht war; lässt sich dagegen die Niere auf diese Weise nicht zurückdrehen und entstehen bei diesem Manöver grosse Schmerzen, so sucht man den zugewandten Pol nach ab- und rückwärts zu drehen; dann hat der untere Pol vorn vorgelegen und der obere Nierenpol war nach rückwärts gesunken.

Wie verhält sich die Drehung der Niere unseren therapeutischen Eingriffen gegenüber? Man hat die Bauchwand als eine Bandage, die Baucheingeweide als eine elastische Pelotte für die Niere bezeichnet. Eine Leibbinde wird die Funktion der Bauchwand verstärken und namentlich bei beginnender Wanderniere die Drehung verhindern. Deshalb hindert sie auch zuweilen die Beschwerden. Selbstverständlich muss die Binde im Liegen angelegt werden, wenn die Niere ihre möglichst normale Stellung inne hat, in welcher sie doch erhalten werden soll. Dass dagegen die Nierensenkung durch eine Leibbinde verhindert werden kann, hält W. für ausgeschlossen. Dagegen hält W. die Nephroraphie für absolut sicher vorausgesetzt 1. dass die Niere in ihrer ganzen Länge und 2., dass die Niere nicht zu hoch an die Leber hinauf angenäht werde. Obwohl die beiden letzten Punkte gewiss von grösster Bedeutung sind und dabei oft vernachlässigt werden, so kann doch Niemand, der Gelegenheit hatte, eine grössere Anzahl von hervorragenden Chirurgen operirter Wandernieren einer Nachuntersuchung zu unterwerfen, dem Autor darin beistimmen, dass die Nephroraphie eine absolut sichere Heilung verbürge. Im Gegentheil, es giebt bei dieser Operation sehr zahlreiche Misserfolge.

Die Drehung der beweglichen Niere ergiebt sich aus der Lage der Niere zu ihren Nachbarorganen. Die normal fixirte Niere erstreckt sich nach oben bis zum unteren Rande des XI. Brustwirbels, liegt also mit ihrem oberen Pol der Pars lumbalis des Zwerchfells an. Da der Komplementärraum aber bis zum unteren Rande des XII. Brustwirbels herabreicht, muss der obere Nierenpol bei tiefer Inspiration nach vorn und unten geneigt werden. Die Leber liegt hinten direkt dem rechten Nierenpol an und wird bei jeder Inspiration durch das Zwerchfell nach hinten getrieben. Sie folgt also einer Resultante, die nach dem Zwerchfellnierenwinkel gerichtet ist. Wenn daher der obere Nierenpol oder die ganze Niere auf der Unterlage locker wird, fasst der hintere Leberrand den oberen Nierenpol von hinten, dreht die Niere und löst sie durch Hebelwirkung immer mehr.

Das Ueberwiegen rechtseitiger Wandernieren erklärt sich einerseits durch das grössere Volumen und Gewicht der Leber gegenüber der Milz, andererseits durch die stärkere Fixation der linken Niere.

Es entsteht die mobile Niere in drei Etappen. Zuerst erfolgt die Lockerung der Niere auf ihrer Unterlage. Als Ursachen hierfür sind anzuführen: Schwangerschaft, Geburt, Abort, Punktion von Ascites, Exstirpation grosser Abdominaltumoren; Vorfall von Blase, Scheide, Uterus und Uterusknickung; Fettschwund; Vermehrung des Nierengewichtes durch Tumoren etc.; Zwerchfellinsulte auf der Niere und Traumen. Als zweite Etappe haben wir die Drehung und beginnende Senkung der Niere. Diese wird verursacht durch Schnüren, starkes Trauma, Zwerchfellinsulte (Häufige Hustenstösse, häufiges Erbrechen, Pressen, Wehen, schweres Heben) und einmalige starke Muskelkontraktion. Die dritte Etappe, die Senkung der beweglichen Niere wird dann durch das Eigengewicht des Organes allein veranlasst.

Die bedeutend seltenere Art der Wanderniere, die Anteversio des unteren Poles kommt wohl so zustande, wie sie schon Herz erklärte, indem die durch das Schnüren emporgedrändte Unterfläche der Leber den oberen Nierenpol nach hinten unten drückt, während der Schnürdruck von hinten der Niere die Weichtheile als Hypomochlion entgegen drückt.

Stabel.

Die Wandernieren und Hydronephrosen der Heidelberger Klinik.

Von Ernst Lobstein.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie 27. Bd. 1. Heft. S. 251.)

Von 1883 bis jetzt kamen 23 reine Wandernieren zur Anheftung und zwar 20 mal die rechte, 3 mal die linke. Die Mortalität betrug 8,7%, doch sind die 2 Todesfälle nicht der Nephroraphie zuzurechnen. Von 18 Fällen zeigten 11=61,5% völliges Verschwinden der Beschwerden und Ausbleiben eines Rückfalles, in 3 Fällen trat erhebliche Besserung ein, in 2 Fällen wurde keine Besserung erzielt, in 1 Falle traten nach starkem Influenzahusten 1 Jahr nach der Operation wieder Beschwerden auf. Bei einer Patientin wurde die Nephropexie beiderseitig ausgeführt.

Von Hydronephrosen wurden 11 operirt, darunter 7 mit Exstirpation, 4 mit Nephrotomie, von diesen letzteren endete 1 nach 5 Wochen an Funktionsstörung der anderen Niere tödtlich. Von den 7 Exstirpationen heilten 4, von den 3 Gestorbenen erlag einer nach 6 Wochen der Pyaemie, einer der Sepsis infolge septischer Thrombose der Vena renalis, einer durch Anurie infolge von Atrophie der anderen Niere.

G.

Psychiatrie und Neurologie.

Zur Frühdiagnose der Tabes.

Von Prof. Dr. W. Erb-Heidelberg.

(M. m. W. 1900, No. 29.)

Es giebt Fälle von Rückenmarksschwindsucht, welche die klassischen objektiven Erscheinungen vermissen lassen und daher dem Untersucher eine äusserst schwierige, manchmal unlösbare Aufgabe stellen.

Fünf derartige Fälle werden mitgetheilt. Wir geben als Beispiel den ersten wieder: Der Kranke ist ein dreiunddreissigjähriger studirter Mann, der vor 9 Jahren Syphilis erworben hat, aber seit 6 Jahren verheirathet ist und 3 gesunde Kinder hat, der ferner eine körperlich ermüdende Thätigkeit ausübt und sich geistig viel anstrengt. Seit 5 Jahren leidet er an scharfen, bohrenden, stechenden, schiessenden Schmerzen an verschiedenen Stellen, die in Anfällen von verschiedener Dauer oft sehr heftig auftreten. Dazu ist seit einem Jahr Vertaubungsgefühl an den Sohlen, später auch an anderen Körpertheilen gekommen. Es besteht Ermüdbarkeit, grosse Reizbarkeit und gedrückte Stimmung. Die Potenz ist etwas vermindert, die Blase etwas träge. Die einzigen objektiven Erscheinungen beziehen sich auf die Empfindungssphäre. An den Fusssohlen und einer kleinen Stelle neben der rechten Brustwarze wird Berührung, an den Beinen Schmerz in vermindertem Masse, Kälte am Rumpf übermässig empfunden. Später bildete sich noch ein gegen Berührung überempfindlicher gürtelförmiger Bezirk über den Brustwarzen.

Bei dem zweiten Fall ist objektiv nur leichtes Schwanken bei Augenschluss, bei dem dritten Starre einer Pupille, beim vierten beiderseitige Enge und Starre der Pupillen, beim fünften etwas mehr, nämlich Verschiedenheit und Lichtstarre der Pupillen, verminderte Schmerzempfindlichkeit an den Beinen, lebhafte Sehnenreflexe, zu finden.

Nirgends Ataxie, Westphalsches Zeichen, überall früher Syphilis!

Erb fragt: Ist das schon Tabes? Bezw. wird es sich zur vollen Tabes entwickeln? und er antwortet: Wahrscheinlich ja. Freilich, ganz sicher kann man es nicht wissen. Er geht, wenn er auch die Pupillenstarre für sehr gravirend hält, nicht so weit wie Möbius, sie allein als beweisend für Tabes anzusehen, aber in Verbindung mit den blitzartigen Schmerzen fällt sie denn doch sehr stark in die Wagschale. Besonders bedeutungsvoll ist die Thatsache der vorausgegangenen Syphilis.

Gegenüber den Fällen mit lediglich subjektiven Erscheinungen giebt es nun wieder solche, bei denen die vom Kranken selbst wahrzunehmenden massgeblichen Zeichen des Leidens gänzlich fehlen, die objektiven desto deutlicher sind, und auch hiervon kann E. eine Anzahl mittheilen.

Besonders wichtig ist es, die Krankheit richtig zu erkennen, wenn nur Eingeweidekrisen vorhanden sind. Sehr häufig werden solche Kranke als Magenleidende behandelt. E. erzählt den Fall eines Offiziers mit früherer Lues, der 1894 flüchtiges Doppelsehen, beiderseitige lähmungsartige Schwäche des sechsten Hirnnerven und Pupillenstarre neben rheumatischen Schmerzen im Rumpf, 1897 leichte Blasenträgheit, 1898 nach voraufgehendem Sodbrennen und geringem Magenschmerz eine richtige Krise mit heftigen Schmerzen, Erbrechen, Durchfall und starker Abgeschlagenheit hatte. Vier mal haben sich die Krisen wiederholt, ohne dass andere als die genannten objektiven Erscheinungen vorhanden wären. Noch hat der Kranke gute Patellarreflexe, keine Ataxie — und doch hat er eine schwere Tabes mit schlechten Verlaufsaussichten.

Zum Schlusse warnt E. vor dem Schematisiren in der Nervenheilkunde, insbesondere vor allzu sicheren Schlüssen aus pathologisch-anatomischen Erörterungen auf das Wesen einer Krankheit. Die Hauptsache bleibt die klinische Beobachtung, und diese lehrt, dass, wie viele andre Rückenmarkskrankheiten, so auch die Tabes mannigfaltiger in ihren Erscheinungsformen sein kann als die doch vorläufig noch recht groben Vorstellungen, die wir von den anatomischen Veränderungen haben, vermuthen lassen.

Untersuchungen über die Störungen der Sensibilität bei der Tabes dorsalis.

Von Dr. Frenkel und Dr. Förster (Heiden i. d. Schweiz).
(Arch. f. Psych. Bd. 33 H. 1 und 2.)

Das Material zur vorliegenden Arbeit lieferten 49 Rückenmarksschwindsüchtige, sämmtlich bis auf einen auf derjenigen Entwicklungsstufe der Krankheit, die man die ataktische nennt.

Die Empfindungsfähigkeit der Gelenke war in allen Fällen gestört, meist an einem Bein mehr als am andern, und zwar in dem Sinne, dass auf der Seite der gröberen Gefühlsstörung auch die Ataxie stärker war. Am deutlichsten pflegte die Störung in den Zehengelenken und im Fussgelenk zu sein. Weniger stark als in der unteren, aber in der Mehrzahl der Fälle gleichfalls erkennbar, waren die Gelenkempfindungsstörungen in der oberen Gliedmasse.

Das Muskelgefühl, d. h. die Wahrnehmung der Muskel-Zusammenziehung, wurde nur an fünf Fällen geprüft und herabgesetzt gefunden. Wahrscheinlich rührt daher das in einer Reihe von Fällen beobachtete Fehlen des Ermüdungsgefühls.

Mit den Störungen des Gelenk- und Muskelsinns steht die Ataxie in ursächlicher Beziehung.

Die Hautempfindung war in keinem Falle normal.

Im Gesicht war hie und da eine Unterempfindlichkeit vorhanden, theils an der äusseren Haut, theils an der Augenbindehaut oder Hornhaut.

Der Rumpf war 45 mal betheiligt. Hier ist die typische Ausdehnungsform der Störung ein Gürtel, der etwas über Achselhöhe beginnend bis Nabelhöhe reicht. Freilich unterliegt Breite und Lage dieses Gürtels mannigfachen Schwankungen, in seltenen Fällen werden nur ovale Felder, etwa in der Gegend der Brustwarzen gefunden, die aber später, wie an einem Kranken beobachtet wurde, zur Gürtelform zusammenfliessen können. Ausnahmsweise kommen Bezirke vor, deren Form sich in kein Schema eingliedern lässt.

An der oberen Gliedmasse erstreckt sich die, 37 mal gefundene, Gefühlsstörung, meist doppelseitig, im Bereich eines Streifens an der Innenseite des Arms, der oft auf den Oberarm beschränkt bleibt, meist aber auf den Vorderarm und manchmal noch auf den IV. und V. Finger übergreift. Einen Ausnahmefall stellt das Mitbetroffensein der ganzen Hand dar.

An den unteren Gliedmassen, die 44 mal betroffen waren, gab den häufigsten Sitz der Störung die Fusssohle ab, die Anfangs fleckweise, dann vollkommen und auch wohl einschliessslich des Zehenrückens und des äusseren Abschnitts vom Fussrücken unempfindlich gefunden wurde. Des weiteren kann der ganze Fuss, die äussere Hälfte des Unterschenkels, die ganze Gliedmasse gefühllos sein. Nicht selten ist die Störung grade in der Umgebung des Afters zu finden.

Das wären so die Typen der Ausbreitung der Gefühlsstörungen. Durchweg giltige Gesetze stellen sie nicht dar, Ausnahmen kommen immer vor. Jedenfalls beweist aber die Anordnung, dass die Störung nicht von einer Erkrankung der peripheren Nerven, sondern von einer Schädigung der hinteren Wurzeln herrührt.

Was die Art der Störung betrifft, so ist am Rumpfe oft nur die Berührungsempfindung, seltener bezw. später erst und in geringerer Ausdehnung die Schmerzempfindung vermindert, sehr regelmässig und oft in grosser Ausbreitung ist die Kälteempfindung übermässig stark. Einige Male wurde neben mangelhafter Berührungsempfindung übermässige Schmerzempfindung festgestellt. Aehnlich wie der Rumpf verhält sich die obere Gliedmasse, anders jedoch die untere: Hier ist ziemlich regelmässig die Herabsetzung der Schmerzempfindung räumlich ausgebreiteter als die der Berührungsempfindung, und die Störungen der Temperatursinne sind selten.

Meist sind mehrere Gebiete — Rumpf und Arm, Arm und Bein u. s. w. — gleichzeitig befallen. Die Bezirke der Störung an Rumpf und Arm stellen oft ein wirklich zusammenhängendes Gebiet dar, sonst aber sind die Störungsgebiete, die gleichzeitig bestehen, von einander unabhängig. Ein Beweis dafür, dass die Entartung im Rückenmark gleichzeitig fleckweise an mehreren verschieden hohen Stellen entsteht.

Keineswegs fand sich eine regelmässige Uebereinstimmung zwischen objektiven Empfindungsstörungen und subjektiven Gefühlen (Kriebeln, Vertaubung, blitzartige Schmerzen). Vielmehr wiesen die vergleichenden Beobachtungen darauf hin, dass entweder im Verlaufe der Erkrankung dieselbe Gegend, die anfangs schmerzhaft war, später gefühllos wurde, oder bei starker Schmerzhaftigkeit gleichzeitig die Tastempfindung erloschen war oder an Stellen verminderter Empfindung nie subjektive Beschwerden bestanden hatten. Auch die Ataxie, die im allgemeinen mit den Störungen der Hautempfindung zeitlich parallel geht, hängt mit ihnen nicht ursächlich zusammen.

Ueber Migraine mit recidivirender Augenmuskellähmung.

Von Dr. W. Seiffer, Ass. d. Kgl. Nervenklinik zu Berlin.
(B. kl. W., 1900 No. 3.)

Möbius hat das Vorkommen von Augenmuskellähmungen auf dem Boden der echten Migraine bestritten. Er ist der

Meinung, dass es sich in den so gedeuteten Fällen vielmehr um Krankheitsherde in der Gegend der Augenmuskelkerne handelt, von denen aus ein Reiz auf die Wurzel des fünften Hirnnerven übergreift und so in dessen Bereich Schmerz erzeugt. Dieser unechten Migraine soll das fehlen, was die echte kennzeichnet: gleichartige Vererbung, erbliche Belastung überhaupt, Vorgefühl des nahenden Anfalls, Wiederholung der Anfälle in regelmässigen Zwischenräumen, verhältnissmässig kurze Dauer des einzelnen und gleich lange Dauer der verschiedenen Anfälle.

S. meint, die gleichartige Vererbung für die echte Migraine nicht fordern zu dürfen, es genügt neben den soeben beschriebenen Kennzeichen der Anfälle und dem Fehlen der Anzeichen für die gewöhnlichen organischen Hirnkrankheiten das Vorhandensein nervöser Belastung überhaupt. Von diesem Gesichtspunkte betrachtet, giebt es aber thatsächlich, wenn auch selten, eine Migraine, die zu Augenmuskellähmungen führt.

Ein 49jähriger Mann, dessen Mutter geisteskrank, dessen Vater ein mässiger Trinker war, und von dessen Kindern zwei an gleichmässig wiederkehrenden, eins an unregelmässigen Kopfschmerzen leiden, hat seit seinem 8. Jahre anfallsweise linksseitiges Kopfweh. Es kam alle 4—5 Wochen, immer sehr heftig. Einen Tag vor dem Anfall verspürte er stets eine eigenthümliche Trägheit im Körper und eine sehr gesteigerte Esslust. Der Anfall dauerte 2—3 Tage und ging mit völliger Appetitlosigkeit, Verstopfung, Erbrechen, Schwindel, Frostgefühl, Thränenlaufen und Flockensehen einher. Nach dem Anfall fühlte der Kranke sich stets „wie neugeboren“. Blieb ausnahmsweise der Anfall 6 oder 8 Wochen aus, so war er dann um so stärker.

Seit 10 Jahren nun war eine Zeit lang bei jedem Anfall die Fähigkeit, das obere Lid der linken Seite zu heben, verringert. Mit der Zeit hat diese Schwäche, die aber ausserhalb der Anfälle ganz verschwand, zugenommen. Seit etwa 8 Jahren gesellte sich dazu ein ebenfalls Anfangs auf die Anfälle beschränktes Doppelsehen.

Seit 6 Jahren ist die Lähmung des linken Augenbewegungsnervs dauernd und vollständig. Das obere Lid ist völlig herabgesunken, der Augapfel ist durch den vom VI. Hirnnerven versorgten seitlichen Muskel ganz nach aussen gedreht, die Pupille ist erweitert und starr.

An dem ganzen Kranken finden sich weder Seitens der inneren Organe noch Seitens des Nervensystems irgendwelche anderen Abweichungen.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass hier wirklich die Migraine mit Veränderungen einhergegangen ist, die mit der Zeit zur Augenmuskellähmung geführt haben, die bei dem nachweislich grossen Einfluss der Migraine auf die Muskulatur, besonders die Gefässmuskulatur der kranken Seite nicht wunderbar ist. Man wird allerdings zugeben müssen, dass wohl beim Einzelnen besondere, unbekannte Bedingungen eine Rolle spielen, da in so vielen Fällen schwerer Migraine die Augenmuskellähmung fehlt.

Giebt es ein „hysterisches Fieber“?

Von Dr. G. Kobler-Sarajewo.
(Wiener med. Woch. 1900, No. 26.)

Es giebt ein hysterisches Fieber. Die Antwort wird diejenigen, welche den beweiskräftigen Meissen'schen Fall (Ref. Jahrg. 1898, S. 471) kennen, nicht überraschen. Folgendes sind die beiden Belegfälle K.'s.

Ein 21jähriger Bäckergeselle hatte täglich, fast immer zu gleicher Zeit, Krampfanfälle mit krampfhaftem Augenschluss, langen Athempausen und Kreisbogenstellung. Hierbei ging die Temperatur bei Achselhöhlenmessung bis 42 Grad. Zwischendurch traten Schlingkrämpfe auf.

Das Heilmittel von unmittelbarem Erfolg war die Aufstellung einer Wanne eiskalten Wassers neben dem Bette, in die nach dem Anfall der Kranke gelegt werden sollte. Er hatte von diesem Augenblick ab keinen richtigen Anfall mehr, nur noch ein paar mal sonderbare Anwandlungen: Erbrechen, taumelnder Gang, Athmungsstörung wie bei Luftröhrenenge — nach wenig mehr als 14 Tagen war er geheilt.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen elfjährigen Knaben, der als sehr fleissig, wohlerzogen und körperlich gesund, aber allerdings hastig und leidenschaftlich bekannt war. Im Anschluss an einen Darmkatarrh stellte sich ein seltsames Leiden ein. Jeden Abend, fast mit dem Glockenschlag 6, schrie das Kind hell auf, hatte heftige auf Druck nicht schlimmer werdende Schmerzen in der Blinddarmgegend und war stumm, der Anfall dauerte 3—4 Stunden; die Temperatur stieg sofort auf 39,8, selbst auf 41 Gr. Dies drängte die sofort auftauchende Vermuthung der Hysterie in den Hintergrund. Aber gegen Malaria sprach das Fehlen von Schüttelfrost vor, Schweissausbruch nach dem Anfall, und von Milzschwellung, gegen einen eitrigen Vorgang in der Bauchhöhle der mangelnde Druckschmerz, die stets unverfänglichen Ergebnisse der Durchtastung. Die Aerzte standen, da der Begriff des hysterischen Fiebers ihnen noch nicht geläufig war, rathlos. Einem bekannten Kliniker gelang es dann, in seiner Klinik durch Ankündigung einer Operation und ähnlicher schmerzhafter Eingriffe die Krankheit wie durch einen Zauber zu bannen.

Diffuse Muskelatrophieen infolge von leichten Verletzungen an den Endabschnitten der Gliedmassen.

Von Gilbert Ballet und Henry Bernard.
(Archive général de Méd. Mai 1900.)

Nach verhältnissmässig leichten Verletzungen an Händen oder Füssen, bei denen vermuthlich kleine Nervenäste durchtrennt wurden, sah Verf. mehrmals eine Muskelschwäche mit mässiger Abmagerung in der gesammten Gliedmasse auftreten, die zwar zur Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, nie aber zur Entartungsreaktion führte. Es handelte sich immer um früher gesunde Leute, z. B. um solche, die ohne nachhaltige Schädigung ähnliche Verletzungen früher schon erlitten hatten. Hysterische Merkmale fehlten.

Störungen des Hautgefühls waren nur in einem Theil der Fälle vorhanden, und zwar waren bei dem einen Kranken die Empfindungsvermögen für Schmerz und Temperatur an dem ganzen Gliede aufgehoben, bei einem andern waren kleine schmerz-unempfindliche Zonen, bei einem dritten — wohl als unmittelbare Folge der Nervenverletzung — ein Gefühlsverlust an der Hand von der Narbe ab vorhanden.

Zweimal war ferner die Gliedmasse kühler als die anderseitige, einmal waren die Reflexe an der kranken Seite vermindert.

Die Schwäche der Muskeln konnte, ohne entsprechend starke Abmagerung oder elektrische Störung, einen derartigen Grad erreichen, dass einer der Verletzten am Dynameter gar keinen Ausschlag mit der kranken Hand bewirken, ein andrer sogar selbständig überhaupt kaum eine Bewegung mit derselben ausführen konnte.

Subjektiv bestanden in einem Falle krampfartige Anfälle von Schmerzen, Vertaubung und Ameisenlaufen in regelmässig wiederkehrender Reihenfolge.

Die Verff. sind der Ansicht, dass die von ihnen aufgeführten Fälle zusammengehören und Beispiele einer eigenartigen Störung sind. Sie gliedern ihnen noch einen andern

an; bei dem die Stelle der ursächlichen Verletzung durch eine Gelenkentzündung vertreten war.

Um eine aufsteigende Nervenentzündung oder Entartung der Axencylinder kann es sich nach Meinung der Verff. nicht handeln, eben so wenig um eine Neurose, vielmehr ist eine leichte Schädigung der Vorderhörner des Rückenmarks anzunehmen.

Die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt.

Von Oberarzt Dr. P. Näcke-Hubertusburg (Sachsen).

(Wiener klinische Rundschau No. 27—30, 1899.)

Aus den Beobachtungen, die Verfasser an dem Material der Heil- und Pflegeanstalt Hubertusburg in Bezug auf die sexuellen Perversitäten machen konnte, ergiebt sich Folgendes: Alle Perversitäten treten sehr wahrscheinlich bei den Männern häufiger auf, als bei den Frauen. An der Spitze der sexuellen Perversitäten steht die Onanie; sie bildet auch fast ohne Ausnahme zu allen anderen Abnormitäten die Vorstufe. Am häufigsten war die Onanie bei den Männern unter den Idioten und Imbecillen anzutreffen, am seltensten unter den Paralytikern; das Umgekehrte fand bei den Frauen statt, während die mit einfacher Seelenstörung Behafteten eine Mittelstellung einnahmen. Exhibitionismus war nur selten und bei Frauen etwa doppelt so häufig, wie bei den Männern. Auffällig selten waren die schweren sexuellen Abnormitäten, die homosexuellen; am häufigsten ist noch die mutuelle Onanie, aktive Päderastie fand sich nur bei einem Prozent der Männer. Einen verschlimmernden Einfluss der Onanie auf den Verlauf der Psychosen hat Verfasser niemals feststellen können. Am Schlusse seiner Arbeit giebt Verfasser einige therapeutische und vor allem prophylaktische Winke. —y.

Vergiftungen.

Ueber Phosphorneuritis.

Von Prof. Dr. P. E. Henschen-Upsala.

(Neurol. Centr. 1900 No. 12.)

Nachdem Verf. 1898 einen in No. 1 Jahrgang 1899 dieser Zeitschrift referirten Fall von Phosphorlähmung mitgetheilt hat, ist er dieser scheinbar seltenen Vergiftungsfolge weiter nachgegangen und konnte bei 7 genauer untersuchten Phosphorvergifteten während der Jahre 1898 und 99 6 mal Nervenentzündungen nachweisen. Der siebente Fall verlief im Ganzen sehr mild.

Bei einer Vergifteten, die am Tage nach der Aufnahme starb und nicht eingehend untersucht werden konnte, gelang es wenigstens, festzustellen, dass an den Gliedmassen eine ausgedehnte Ueberempfindlichkeit bestand.

Bei den andern bestanden zum grösseren Theil rein subjektive Störungen, Schmerzen, Ueberempfindlichkeit besonders in der Gegend der Nervenstämme, später Vertaubung, Ameisenkriechen; dazu kam einmal lähmungsartige Schwäche in den Armen.

In schweren Fällen, deren der Verf. einen sehr genau beschreibt, kommt es später zu wirklichen Lähmungen der Hautempfindung, die fleckweise auftreten. Mit dem mässig gestörten Tastgefühl vereinigte sich bei der betreffenden Kranken ein ausgeprägter Mangel des Wärmesinns mit deutlicher Abgrenzung nach einzelnen Nervengebieten; der Kältesinn war in geringerem Umfang und anderer Ausbreitung geschädigt. Schliesslich erfolgte vollkommene Heilung.

Gynäkologie.

Des formes de l'hymen et de leur rôle dans la rupture de cette membrane.

Par le Dr. Nina Rodrigues.

(Annales d'hygiène et de médecine légale XLIII, No. 6, p. 481.)

Das normale Verhalten und das Aussehen des Hymens, schreibt Haberda in seiner Arbeit in der Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, weist so zahlreiche Varietäten auf, dass eine erschöpfende Darstellung derselben kaum möglich ist und thatsächlich auch in den besten und ausführlichsten Handbüchern der gerichtlichen Medizin und der Gynäkologie kaum zu finden ist. Der Verfasser beginnt mit Lazzaretti's Ausspruch: Es giebt keinen typischen Hymen; jede Frau hat den ihrigen, wie ihn die Natur gegeben hat, und kommt nach längeren Erörterungen, in der die forensische Litteratur der Deutschen, Franzosen und Italiener gut benützt, aber Dohrn z. B. nicht erwähnt wird, zu folgenden Schlüssen: Der Hymen kann verschiedene Formen und Konfigurationen haben, die in eine gewisse Zahl von Typen eingetheilt werden können, die aber ihrerseits grossen individuellen Verschiedenheiten unterworfen sein können. Die Form oder Konfiguration des Hymens macht nicht den alleinigen Faktor aus in dem Widerstande, den der Penis beim Eindringen in die Vagina findet, oder von dem die anatomischen Zeichen der Defloration herrühren müssen. Die Struktur, gewisse Formen des Hymens, seine Situation, die Dimensionen des Orificium vulvae, die Dimensionen des Penis und seine Energie, die Umstände beim Coitus üben ebenso ihren Einfluss aus. Daher kommt es, dass die Defloration anatomische Zeichen hinterlassen kann, aber sie nicht hinterlassen muss, dass es nicht immer leicht ist, gewisse Einrisse von ähnlichen angeborenen Kerben zu unterscheiden und dass kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Form des Hymens und seinem Einreissen besteht, derart, dass man erschliessen könnte, ob die Zusammenhangstrennungen normal oder traumatisch sind. In vielen Fällen ist jedoch eine sichere Diagnose möglich, besonders unmittelbar nach dem Coitus, leider sind jedoch die Untersuchungen sehr selten so frühzeitig. G.

Ohren.

In welcher Beziehung steht die Agoraphobie (Platzangst) zu gewissen Erkrankungen des Gehörorganes?

Von Dr. A. Eitelberg-Wien.

(Wiener med. Presse, XLI. Jahrg., 1900, No. 28.)

Verf. kommt auf Grund zweier Krankengeschichten, die er mittheilt, zu dem Ergebniss, „dass zwischen den Erkrankungen des Gehörorganes und der Agoraphobie nur ein lockerer Zusammenhang existirt.“ Der Zusammenhang liegt in der Hauptsache darin, dass Platzangst — nach Verf.'s Ansicht — immer nur bei gleichzeitigem Verfall des Gesammtorganismus beobachtet wird, und dass Ohrenleiden den Organismus im Allgemeinen nicht selten übel beeinflussen; darum kann dann zu Ohrenkrankheiten auch einmal Platzangst hinzutreten. Dieser Zusammenhang muss in der That mehr als locker bezeichnet werden; der zweite vom Verf. geschilderte Fall legt dem gegenüber doch den Gedanken nahe, ob nicht Ohrenleiden an sich, sofern sie mit Schwindelanfällen verbunden sind, direkt dadurch, dass der Kranke die üblen Folgen eines ihn auf freiem Platze ereilenden Schwindelanfalls fürchtet, zur Agoraphobie führen können. Richard Müller.

Trockne Luft bei der Behandlung der Mittelohreiterung.

Von Dr. I. A. Andrews-New-York.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXVI. Bd., 4. Heft.)

Ausgehend von der Thatsache, dass ein trockener Nährboden für das Wachsthum der Mikroorganismen ungünstig ist, hat Verf. ein pulverbläserähnliches Instrument konstruirt, mittels dessen er heisse Luft in das eiternde Mittelohr einbläst. An einem Metallcylinder befindet sich ein Doppel-Luftgebläse; während dieses vom Patienten selbst in Thätigkeit gebracht wird, hält der Arzt den Metallcylinder über eine Spiritusflamme und dirigirt die hierdurch erhitzte Luft in das Mittelohr. Gegen Ueberhitzung ist Vorsicht nothwendig.

Der Verf. benutzt das Instrument seit 66 (?) Jahren und hat gute Erfolge damit erzielt. Die dem Verfahren zu Grunde liegende Idee ist nicht a limine als falsch von der Hand zu weisen und die Nachprüfung dieser Behandlungsart mittels des leicht zu handhabenden Instruments daher wohl zu empfehlen. R. M.

Beitrag zur Vibrationsmassage.

Von Dr. Noltenius-Bremen.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVI. Bd., 4. Heft.)

Zur Behandlung der Schwerhörigkeit, verbunden mit lästigem Ohrensausen bei trocken entzündlichen Prozessen im Mittelohr, ist in jüngerer Zeit die sogenannte Vibrationsmassage in Anwendung gebracht worden. Diese besteht darin, dass man mittels einer durch einen Elektromotor getriebenen kleinen Luftpumpe in rascher Aufeinanderfolge Luftverdichtungen und -Verdünnungen im äusseren Gehörgang herbeiführt. Verf. hat nun gefunden, dass, während man im Allgemeinen den hierbei erforderlichen Trichter luftdicht in das zu massirende Ohr einsetzt, ein nicht ganz luftdicht abschliessender Trichter genügt, um ebenfalls eine gewisse, wenn auch etwas weniger kräftige Massage des Trommelfells zu bewirken. Den nicht ganz luftdichten Abschluss kann man — anstatt lockeren Einführens des Trichters ins Ohr — auch dadurch erreichen, dass man in den Trichter seitlich oder in die ihn hinten abschliessende Platte ein kleines Loch macht. Verf. hat hierdurch die Wohlthat dieser Massage einer Patientin zugängig gemacht, die vorher infolge grosser Empfindlichkeit diese Behandlung nur ganz kurze Zeit und daher in unzureichendem Masse vertrug. R. M.

Fraktur des Hammers und des Annulus tympanicus.

Von Dr. Frank Allport, Chicago.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Bd., 1. Heft.)

Ein 40jähriger Herr wird aus dem Wagen geworfen. Bewusstlosigkeit, Blutung aus dem linken Ohr. Ohrenärztliche Untersuchung nach 14 Tagen: hochgradige Schwerhörigkeit links, Schwindelgefühl, Sausen und dumpfes Gefühl im linken Ohr. Hammergriff zerbrochen, Bruchlinie deutlich zu sehen, das untere Bruchstück nach innen verlagert. Obere und hintere Partie des Annulus tympanicus gleichfalls gebrochen. Für den Leser unseres Blattes ist von besonderem Interesse an dem Fall der Umstand, dass der Verletzte nach einem halben Jahre links fast wieder normal hörte und nur noch über zeitweiliges Gefühl von Dumpfheit und Taubheit im Ohr klagte. R. M.

Hygiene.

Zur Impftechnik.

Von Dr. Flachs-Dresden.
(Deutsche med. Wochenschr. No. 7, 1900.)

Abgesehen von ästhetischen Gründen hält Verfasser den Oberarm für eine wenig geeignete Stelle zur Impfung; der Oberarm ist leichter Insulten ausgesetzt, die Reibung der Impfstelle ist in Folge der Beweglichkeit eine grössere, der Verband muss daher, wenn er gut sitzen soll, ein sehr umständlicher sein. Es wird deshalb für die Impfung eine andere Stelle in Vorschlag gebracht. Verfasser legt die Impfschnitte im Bereiche einer Fläche an, welche ungefähr begrenzt wird durch eine horizontale Linie, die zwei Finger breit unter der Brustwarze verläuft, durch die Sternallinie und durch eine der letzteren parallel verlaufende Linie, zwei Finger breit ausserhalb der Brustwarze. Unten wird dieses Viereck durch den Rippenrand begrenzt. Die Vortheile dieser Impfstelle sind: ihre geringe Beweglichkeit und die leichte Anlegung des Verbandes (Heftpflaster). Seitdem Verfasser diese Impfstelle benutzt, hat er Entzündungserscheinungen und Anschwellungen der Lymphdrüsen weit seltener auftreten sehen. —y.

Sind die Kinderspiel- (Puppen-) Service zu den Ess-, Trink- und Kochgeschirren zu rechnen, und sind sie als gesundheitsschädlich anzusehen?

Von Prof. Dr. A. Gärtner-Jena.
(Zeitschr. f. gerichtl. Med., 1899 H. 4.)

Ueber die Gesundheitsschädlichkeit von Kinderspielwaaren — Puppengeschirren — mit hohem Bleigehalt.

Von Prof. Dr. C. Fränkel-Halle.
(Zeitschr. f. gerichtl. Med., 1900 H. 2.)

Die blühende Spielwaaren-Industrie in Bayern und Thüringen ist in den letzten Jahren stark beunruhigt und geschädigt worden, indem von amtlicher Seite eine strafrechtliche Verfolgung des Handels mit Puppengeschirren, die über 10 % Blei enthalten, angeordnet worden ist.

Es könnte hier in Betracht kommen entweder § 1 des Gesetzes von 1887, welches verbietet, Ess-, Trink- und Kochgeschirre aus Blei oder stark bleihaltigen Mischungen anzufertigen, oder wohl richtiger § 2 des Nahrungsmittelgesetzes, welches eine Strafandrohung u. a. auch gegen derartige Herstellung von Spielsachen, dass der bestimmungsmässige oder vorauszusehende Gebrauch derselben gesundheitsgefährlich wäre, enthält. Beide Paragraphen sind gelegentlich gegen Spielwaarenhändler ins Feld geführt worden.

Gärtner, dessen Arbeit zunächst dem mehr juristischen Theil der Puppengeschirr-Frage gewidmet ist, beweist in sehr gründlicher Weise, mit zum Theil recht ergötzlichen, darum aber nicht minder schlagenden Gründen, dass es auf keinen Fall angeht, die Kinderspielwaaren als „Ess-, Trink- oder Kochgeschirre“ unter das Zinkbleigesetz zu bringen. Das ergiebt sich übereinstimmend aus dem Augenschein, aus den allgemeinen, ausnahmslosen Anschauungen des Publikums, aus denen der Steuerbehörde und aus der Analogie mit anderen Spielwaaren (z. B. denkt kein Mensch daran, auf Dampfmaschinen für Kinder die Dampfkesselvorschriften anzuwenden).

Es käme also nur noch das Nahrungsmittelgesetz in Frage, und dieses setzt einen Thatbestand voraus, den nur die Erfahrung des Chemikers und Arztes entscheiden kann: Ist der bestimmungsgemässe oder vorauszusehende Gebrauch der Kinderservice mit starkem Bleigehalt geeignet, die menschliche Gesundheit zu schädigen?

Es existirt in der ganzen Literatur kein Fall von akuter Bleivergiftung durch Ess-, Trink- oder Kochgeschirre überhaupt. Im Ganzen 6 Mal ist nach gewohnheitsmässigem Genuss von Speisen aus bleihaltigen Tellern oder Kesseln chronische Bleivergiftung beobachtet.

Durch eigens dazu angestellte Versuche konnte nachgewiesen werden, dass durch manche, besonders durch saure

Speisen und Getränke etwas Blei aus Spielservicen gelöst werden konnte, aber erst nach längere Zeit andauerndem Verweilen, und sehr selten über 2 mg. Da nun aber die Kinder höchst ausnahmsweise mit stark sauren Speisen spielen dürften, die Spielgeschirre auf niedrigem Wärmegrade bleiben und zu „nassen Spielen" nur selten, in grossen Pausen oder für kurze Zeit verwandt werden — so ist eine chronische Bleivergiftung durch solche Spielsachen unmöglich.

Durch Literaturdurchsicht und Umfragen konnte G. denn auch keinen einzigen Fall von Bleivergiftung durch Spielservice erfahren. Es ist ihm auch nicht gelungen, durch regelmässige Fütterung von 14 neugeborenen Hühnchen und vier ganz jungen Kätzchen mit feuchten Speisen, die in Puppenschüsseln von starkem Bleigehalt fast 24 Stunden gestanden hatten, jemals eine Vergiftung zu erzielen.

Fränkel hat Thierversuche auch bei den für Blei sehr empfänglichen Mäusen angestellt. Er liess Apfelmus und sauer gewordene Milch, also zwei bleilösende Nahrungsmittel 24—48 Stunden in den Spielgeschirren stehen und verfütterte sie an Mäuse in jedesmal dreitägigen Pausen — weil sonst die Thiere solche ungewohnte Kost überhaupt nicht vertragen — bis zu 5 Wochen lang ohne Schaden für die Gesundheit der Thiere.

In Uebereinstimmung mit Gärtner hält Fränkel das Verbot starker Bleilegirungen für Kinderspielgeschirre vom Standpunkte der Gesundheitspflege für überflüssig, von dem der Volkswirthschaft für verderblich.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Originalbericht
der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Sitzung vom 9. Juli.

Tagesordnung.

1. **Koenig** stellt ein 10jähr. idiotisches Mädchen vor, bei welchem durch Myxoedem ein Zustand von „Allgemeiner Starre" vorgetäuscht wird. Bei mehrwöchentlicher Fütterung des Kindes mit Thyreoidin verschwand nicht nur der athletische Charakter der Muskulatur, sondern auch die brettartige Härte bei aktiven Bewegungen. Bei Röntgendurchstrahlung des Handskeletts ergab sich ferner das Fehlen irgend welcher Epiphysenkerne. In der Handwurzel sind bisher nur das os hamatum und capitatum durch Kerne angedeutet, was unter normalen Verhältnissen einem Lebensalter von 6—8 Monaten entsprechen würde.

2. **C. Benda** und **Lilienfeld**: Fall von multipler metastatischer Carcinose der Nerven und der Hirnhäute.

Es handelt sich um eine Dame mit hysterischem Krankheitsbild, bei der, abgesehen von fehlenden Kniereflexen und motorischer Schwäche in den Beinen, nichts auf die organische Natur des Leidens während des Lebens hingewiesen hatte. Sie war an einem apoplectiformen Anfall mit Hemiplegie gestorben. Die Sektion ergab multiple Carcinome der Nerven und der Hirnhäute, welche sich als metastatische erwiesen und in ihrem Bau mit Krebsknoten in verschiedenen Lymphdrüsen des Körpers übereinstimmten, während als primäre Krebsgeschwulst ein kleiner scirrhöser Tumor auf der grossen Curvatur des Magens gefunden wurde. B. geht auf interessante Einzelheiten der mikroskopischen Untersuchung ein. Abgesehen von einigen Stellen, wo eine Arrosion von Nervenmasse durch das Carcinom zu erkennen war, hätten die Nervenfasern bei ihrem Durchtritt durch die Geschwulstknoten keine Degeneration erlitten. Aus diesem Befunde erkläre es sich wohl, dass klinisch keine Erscheinungen eine Lokalisation ermöglichten.

In der Diskussion giebt Benda auf eine Anfrage von Bernhardt an, dass sich keine Herderkrankung im Gehirn als Grundlage für die Hemiplegie gefunden hat. Oppenheim hat auf das Vorkommen von Hirnherdsymptomen bei Carcinomen ohne entsprechenden Befund schon früher aufmerksam gemacht und sie als ein toxisches Symptom gedeutet, während Sänger feinere histologische Veränderungen als Grundlage dafür gefunden habe.

3. **Martin Brasch.** Krankenvorstellung. Spastische Lähmung nach Unfall. (Autorreferat).

Der 42jähr. Patient verunglückte im Jahre 1898, indem ihm Eisentheile im Gewicht von 50—60 Pfund auf den Kopf fielen. Es entstand eine 4—5 cm lange Riss- und Quetschwunde an der Stirn, z. T. bis auf den Knochen gehend. Dieser blieb unverletzt. Nach Heilung der Wunde klagte der Kranke noch lange Zeit über Beschwerden, welche in Abwesenheit aller objektiven Krankheitszeichen und auch ihrer Art wegen als neurasthenisch gedeutet werden mussten (Mattigkeit, Kraftlosigkeit, Schmerzen im ganzen Körper u. s. w.) Plattfüssig war Pat. von Jugend auf. Dupuytrensche Kontrakturen in beiden Handflächen führte er zwar auch auf den Unfall zurück, aber dieser Zusammenhang musste abgelehnt werden. Der Verletzte erhielt eine Rente von 20 Proz. und gab sich zwei Jahre lang damit zufrieden. Dann stellte er wegen Verschlechterung seines Befindens höhere Ansprüche. Als ich ihn darauf weiter untersuchte, konnte es wegen paretischer Zustände in dem linken Bein und auch in dem linken Arm und wegen bedeutend gesteigerter Reflexthätigkeit schon zweifelhaft sein, ob man es noch mit einem funktionellen Leiden zu thun hätte und jetzt vollends besteht klinisch das typische Bild der spastischen Spinalparalyse (spastische Lähmung, gesteigerte Reflexe) und zwar in durchaus reiner Form. Der Fall ist ausgezeichnet durch die Schnelligkeit der Entwicklung, durch die grosse Aehnlichkeit in seinen Anfängen mit einem funktionellen Leiden und schliesslich durch seine Beziehungen zu dem vorangegangenen Trauma. Auf die Frage, ob man berechtigt ist, die spastische Spinalparalyse als eine Krankheit sui generis zu betrachten, soll hier nicht eingegangen werden. Thatsächlich lässt sich klinisch an diesem Fall nichts anderes feststellen, als ein Zustand von spastischer Lähmung in ihrer reinsten Erscheinung. Schwierig ist aber die Frage, ob das Trauma diesen Zustand hervorgerufen hat und wie man sich dann die anatomischen Verhältnisse zu denken hat. Die bisherigen Erfahrungen darüber lassen fast gänzlich im Stich; wenn es überhaupt erlaubt ist, in solchen Fällen Analogien zu konstruiren, so könnte man an die Littlesche Krankheit denken, bei welcher öfter z. B. meningeale Blutungen zu spastischen Lähmungen führen. Die forensische Beurtheilung solcher Fälle ist schwierig; in dem vorliegenden habe ich für Erhöhung der Rente plaidirt, aber es bleibt doch zu erwägen, ob wirklich die sogenannten Sklerosen des Rückenmarks durch Kopftraumen entstehen können.

Oppenheim knüpft an die Thatsache an, dass hier das Bild einer organischen Erkrankung, des spastischen Symptomenkomplexes vorliegt. Man müsse diese Erscheinung auf ihre Grundlage zurückzuführen suchen. Die Erfahrung lehre, dass die Krankheit, welche sich häufig darunter verberge, die multiple Sclerose ist, und dass diese sich zweifellos an Traumen anschliesst. Bekannt wäre ja das längere Bestehen dieser Krankheit unter unscheinbaren Symptomen, bis sie sich schliesslich scheinbar akut entwickelt. Den Vergleich mit der Littleschen Krankheit hält O. nicht für angezeigt.

Rothmann fragt nach dem Verhalten des Babinskischen Zehenreflexes zur Unterscheidung von funktioneller und organischer Lähmung.

Schuster hat bei traumatischen Nervenfällen, in denen er an Hysterie dachte, bei Untersuchung des Augenhintergrundes mehrere Male temporale Abblassung der Papillen gefunden. Einige Eälle erwiesen sich später als multiple Sclerose, andere als eine mit multiplen Herden einhergehende Encephalomyelitis.

König fragt nach psychischen Symptomen, bei deren Abwesenheit er nicht an die Analogie mit der Littleschen Krankheit glaube.

Brasch: Schlusswort (Autoreferat).

Gewiss ist daran zu denken, dass sich in diesem Falle ein bekanntes organisches Leiden hinter dem Symptomenkomplex der spastischen Lähmung versteckt, aber gegenwärtig fehlt es an allen solchen Anzeichen dafür, und der Fall verlangt doch schon gegenwärtig eine Beurtheilung. Der Hinweis auf die Little'sche Krankheit war nur mit aller Reserve gemacht. Das Babinskische Symptom besitzt, wie bekanntlich in neuerer Zeit besonders von amerikanischen Forschern berichtet wird, keineswegs den Werth eines differentialdiagnostischen Zeichens zwischen organischer und funktioneller Läsion. Hier fehlt es übrigens, aber die Sohlenreflexe sind überhaupt nicht sehr ausgeprägt, vielleicht wegen der stark vorhandenen Epidermis. Der Augenhintergrund ist normal beschaffen. Psychische Störungen fehlen durchaus.

Nach der Tagesordnung demonstrirt zunächst **Seiffer** einen Fall von Thomsen'scher Krankheit.

Es handelt sich um ein 16jähriges geistig und körperlich zurückgebliebenes Mädchen, dessen Bruder an derselben Krankheit leidet. Seit dem 13. Jahre etwa bemerkte die Patientin, dass sie die Hand nicht mehr aufbekommt, wenn sie sie energisch geschlossen hat. Die tonische Spannung der Flexoren von Hand und Finger dauert nach energischer Kontraktion ziemlich lange und dies nimmt nur allmählich nach öfterem Wiederholen derselben Bewegung ab. Die Kranke war dadurch am Nähen und dergleichen behindert. In der Kälte trat die Erscheinung bei beiden Geschwistern stärker hervor. Das Besondere des Falles liege darin, dass 1. die myotonischen Erscheinungen nur in einem ganz bestimmten Gebiete sich lokalisiren, 2. dass trotz der sehr deutlichen myotonischen Erscheinungen auf den Willensimpuls jede myotonische Reaktion auf den elektrischen Reiz fehlt, obwohl 3. auf den mechanischen Reiz nicht nur in den Flexoren der Hand und Finger, sondern auch in den Extensoren und in einigen Muskeln des Oberarms eine deutliche myotonische Reaktion, d. h. eine langsame tonische Anspannung des betr. Muskels mit Nachdauer der Kontraktion vorhanden ist.

An der Diskussion nehmen Toby Cohn, Brasch und Seiffer Theil.

Gumpertz stellt einen Fall von Brown-Sequard-scher Lähmung vor. (Autoreferat.)

Pat. war vor vier Jahren kopfüber gefallen, zeigte dann Lähmung der rechten Körperhälfte; man nahm Verletzung der Halswirbelsäule an. Jetzt besteht Abflachung der rechten Wade um 2 cm; motorische Schwäche des r. Arms und Beins, Rigidität des letzteren, von der Hüfte abwärts r. Hyperästhesie, l. Hypästhesie (kein dissociirter Typus), Lagegefühl bds. intakt. Ab und zu treten tonische Krämpfe in den gelähmten Muskeln auf. G. nimmt eine Blutung in das Halsmark an; der eigentliche hemisecirende Herd liege wahrscheinlich im Lendenmarke. M. E.

Société de médecine légale de France.

Sitzung vom 11. Juni 1900.

(Annales d'hygiène publique et de médecine legale. XLIV, No. 1, p. 89.)

M. Dufour. De l'infanticide par strangulation à l'aide du cordon ombilical.

Diese Art des Kindsmordes ist sehr selten. Seit Tardieu sind, selbst von Brouardel nicht, neue Fälle nicht publizirt worden. Dufour untersuchte ein ausgetragenes Kind, dessen nicht unterbundene Nabelschnur um den Hals eine Schlinge bildete, und deren Druck auf der Haut einen pergamentartigen Streifen erzeugt hatte. Die Lungen hatten geathmet und deshalb nahm Dufour eine Erdrosselung durch die Nabelschnur an. Auch die verhaftete Mutter gestand, das Kind so getödtet zu haben. Später bei der Verhandlung leugnete sie, und dem Vertheidiger gelang es, die Geschworenen durch Devergies Ansicht irre zu machen. Devergie behauptete nämlich, dass bei umschlungener Nabelschnur eine Zahl von Athemzügen stattfinden könnten, während Tardieu behauptete, dass, wenn der Tod durch Umschlingungen der Nabelschnur erfolgt, das Kind nicht athmen kann. Die Frau wurde freigesprochen. G.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Tod durch Ueberfahren und nicht in Folge eines Gehirnschlages.
Rek.-Entscheidung vom 31. März 1900.

C. B. hat am 15. April 1898 einen Unfall der Art erlitten, dass er von einem mit Steinen beladenen Wagen herabgefallen und von dem Wagen überfahren worden ist. Am folgenden Tage ist B. gestorben und hinterliess eine Wittwe, welche Ansprüche auf Bewilligung einer Rente auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes zunächst bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft mit der Behauptung erhob, dass der Tod ihres Ehemannes in Folge der bei dem Unfalle erlittenen inneren Verletzungen eingetreten sei. Dieser Ansicht ist anfangs auch Dr. K. in R. gewesen. Nachträglich hat aber derselbe Arzt erklärt, dass B. vielleicht in einem Schwindelanfalle vom Wagen gefallen und dass dies der Vorbote eines Gehirnschlages gewesen sein könnte, dem B. erlegen wäre; vor seinem Tode habe B. öfters über Schwindelanfälle geklagt. Die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft lehnte jede Rentenzahlung ab, weil der Verunglückte an einer Krankheit und nicht an den Folgen eines Betriebsunfalls verstorben sei. Ferner aber glaubte die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft keinerlei Verpflichtung zur Entschädigung zu haben, weil sich der Unfall am 15. April 1898 nicht im Fuhrwerksbetriebe, sondern im Steinbruchsbetriebe des Scholtiseibesitzers P. in H. ereignet habe, zumal der betreffende Wagen mit Steinen aus dem Steinbruch beladen worden sei. Die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft lehnte es aber ebenfalls ab, der Wittwe eine Rente zu zahlen, da B. nicht im Steinbruchsbetriebe verunglückt sei. Gegen die Bescheide beider Genossenschaften hatte die Wittwe B. Berufung eingelegt. Um zu ermitteln, ob die Todesursache des B. durch nachträgliche Sektion der Leiche nach erfolgter Ausgrabung noch festgestellt werden kann, ist ein Gutachten des Professor Dr. J. in B. noch eingeholt worden. Letzterer machte unter Anderem Folgendes geltend: Nach den Akten verunglückte B. am 15. April 1898 und starb am folgenden Tage. Er fiel von der Deichsel eines Wagens auf der er sass, herab, und der Wagen ging ihm über den Bauch. Beim Auffinden gab er klare Auskunft über den Unfall und klagte darüber, dass ihm alles weh thue und er sehr friere. Da die Leiche gegen neun Monate in der Erde

liege und der Einwirkung der Sommerwärme des Jahres 1898 ausgesetzt gewesen sei, so könne mit Sicherheit angenommen werden, dass das Gehirn zerstört und eine frühere Gehirnblutung nicht mehr nachgewiesen werden könne. Die Behauptungen des Dr. K. seien sehr unwahrscheinlich. Es sei der gewöhnliche Hergang, wenn Menschen durch Ueberfahrenwerden tötliche innere Verletzungen erleiden, dass sie sofort oder in den nächsten Tagen sterben, ohne dass bedeutende äussere Verletzungen gefunden werden. Ein mit Steinen beladener Wagen, der über den Bauch rolle, müsse gewaltig auf die Bauchorgane einwirken. Der Tod trete gewöhnlich sofort ein, wenn die Blutung aus den verletzten Eingeweiden eine gewisse Grenze überschreite. Im anderen Falle werde das Ende durch die nachfolgende akute Entzündung in der Bauchhöhle in kurzer Zeit herbeigeführt. Für die Annahme eines Gehirnschlages seien keinerlei Grundlagen vorhanden. Der Tod sei mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine schwere Verletzung der Eingeweide durch Ueberfahren zurückzuführen. Das Schiedsgericht erachtete aber die Berufung für unbegründet, da der Unfall sich im Steinbruchsbetriebe zugetragen habe. Vor dem Reichs-Versicherungsamte suchte Geschäftsführer Z. nachzuweisen, dass die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft haftbar sei. Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Präsidenten G. schloss sich dieser Auffassung an und führte unter Anderem Folgendes aus: Der Scholtiseibesitzer P. in H. unterhielt von einander getrennt und je bei einer anderen Berufsgenossenschaft versichert, einen Fuhrwerksbetrieb, einen Steinbruchsbetrieb und einen landwirthschaftlichen Betrieb. Der Kutscher C. B. wurde in jedem dieser drei Betriebe zur Ausführung von Fuhren verwendet. Am 15. April 1898 fuhr er im Auftrage seines Arbeitgebers mit dessen Gespann aus dessen Steinbruch Steine ab, welche für die Provinzialchaussee bestimmt waren. Bei dieser Thätigkeit erlitt er, wie aus seinen den Zeugen W. und H. gemachten Angaben hervorgeht, dadurch einen Unfall, dass er von dem mit Steinen beladenen Wagen herunterfiel und überfahren wurde. Am 16. April 1898 starb er. Er hat offenbar bei dem Unfall schwere innere Verletzungen davongetragen. Dafür spricht schon allein der Umstand, dass nach seiner dem Zeugen H. unmittelbar nach dem Unfalle gemachten glaubhaften Angabe der schwere mit Steinen beladene Wagen über seinen Bauch hinweggefahren ist. Das Rekursgericht ist nun auf Grund des Gutachtens des Königl. Polizei-Stadtphysikus, Sanitätsraths und Professors Dr. J. in B. vom 17. Januar 1899 zu der Ueberzeugung gelangt, dass B. in Folge dieser Verletzungen gestorben ist. Die Annahme, dass B. in Folge eines Schwindelanfalles vom Wagen gefallen und an einem Gehirnschlage gestorben sei, entbehrt der Begründung, weil B., als er von den Zeugen W. und H. auf der Landstrasse aufgefunden wurde, bei voller Besinnung war und nicht einmal nachgewiesen ist, dass er vor dem Unfall an Schwindelanfällen gelitten hat. Steht hiernach der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Tode des B. fest, so fragt es sich nur, welche Berufsgenossenschaft die Klägerin für die Folgen dieses Unfalles zu entschädigen hat. Bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft war nur der gewerbsmässige Fuhrwerksbetrieb des Unternehmers P. versichert. Der Begriff des gewerbsmässigen Fuhrwerksbetriebes erfordert aber, dass das Fuhrwerk als unmittelbare Einnahmequelle zu Zwecken des Erwerbes betrieben, dass also aus dem Fuhrwerksbetriebe als solchem ein Gewerbe gemacht wird. Soweit das Fuhrwerk des P. nicht zur Ausführung von Lohnfuhren für Dritte gegen Entgelt Verwendung fand, sondern von P. für die Zwecke seines Steinbruchbetriebes oder seines landwirthschaftlichen Betriebes benutzt wurde, war es daher nicht bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft, sondern bei derjenigen Berufsgenossenschaft versichert, welcher der jeweils betheiligte andere Betrieb zugehörte. Da nun B. die unfallbringende Fuhre unzweifelhaft im Interesse des bei der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft versicherten Steinbruchsbetriebes seines Arbeitgebers ausgeführt hat, so ist die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig. M.

Eine wesentliche Besserung liegt vor, weil der Schwindel und das taube Gefühl in den Beinen nachgelassen hat.

Rek. vom 16. Juni 1899.

Infolge Verunglückung des Olaf J. in T. am 20. Dezember 1897 wurde demselben von der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft vom Tage der Entlassung aus dem Krankenhause (2. Mai 1898) durch Bescheid vom 24. Juni 1898 eine Rente nach 50 Prozent Erwerbsbeschränkung bewilligt. Die Berufung wurde vom Schiedsgericht am 15. Oktober 1898 zurückgewiesen. Inzwischen war durch Bescheid der Berufsgenossenschaft die Rente mit dem 1. September 1898 auf 25. Prozent der Vollrente herabgesetzt. Diese Entscheidung focht der Verletzte ebenfalls durch Berufung an und beantragte die Belassung der bisherigen Rente. Oberarzt Dr. K. hatte im April 1898 die Erwerbsbeschränkung des Klägers auf 50 Prozent geschätzt. In einem ferneren Gutachten desselben Arztes vom Mai 1898 wird bemerkt, dass nach Ablauf von 3 Monaten vom Tage der Entlassung des Klägers aus dem Krankenhause (2. Mai 1898) volle Erwerbsfähigkeit des Verletzten zu erwarten sei. Zufolge eines vom Schiedsgericht eingezogenen Gutachtens des Kreisphysikus Dr. H. in W. vom 3. November 1898 erachtete dieser den Kläger eher um weniger als um mehr als 25 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit noch beschränkt. Das Schiedsgericht wies sodann die Berufung des Klägers ab. Diese Entscheidung focht der Kläger durch Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt an, welches indessen den Rekurs für nicht begründet erklärte und u. A. ausführte: Nach dem Gutachten des Dr. K. vom 3. April und 26. Mai 1898 war der Kläger bei seiner am 2. Mai 1898 erfolgten Entlassung aus dem Krankenhause durch die vom Anfalle zurückgebliebenen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, taubes Gefühl in den Beinen) noch um 50 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt. Der Sachverständige sprach sogleich die Erwartung aus, dass der Kläger binnen 3 Monaten seine völlige Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde. Hat sich nun auch diese Erwartung nicht erfüllt, so ist doch durch die Atteste des Dr. S. und Kreisphysikus Dr. H. erwiesen, dass in dem Zustande des Klägers eine wesentliche Besserung insofern eingetreten ist, als der Schwindel und das taube Gefühl in den Beinen nachgelassen haben. Den Grund der noch vorhandenen Erwerbsunfähigkeit des Klägers schätzten Dr. S. auf 25 Prozent und Dr. H. eher niedriger als höher. Mit Recht hat daher die Berufsgenossenschaft in Anwendung des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes die Rente von 50 auf 25 Prozent herabgesetzt. M.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Fussleiden und Unfall verneint.

Rek. Entsch. vom 23. Februar 1900.

Der am 25. Februar 1899 verstorbene K. hatte bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft Anspruch auf Unfallrente erhoben, weil er angeblich am 15. September 1896 bei dem Besteigen des Kutscherbocks mit dem linken Fusse gegen den Nabenring geschlagen ist und hierbei eine Verletzung des linken Knöchelgelenks erlitten hat. Der Anspruch ist mittelst Bescheides vom 20. Januar 1899 abgewiesen worden, weil es sich nach den Bekundungen des Dr. H. um ein älteres Leiden

handelte, welches mit dem angeblichen Unfalle in keiner Beziehung stand. Hiergegen hat K. rechtzeitig die Berufung eingelegt und nach seinem Tode ist seine Wittwe in die Rechte ihres Ehemannes eingetreten. Das Schiedsgericht erkannte jedoch auf Abweisung der Berufung. Gegen diese Entscheidung haben die Erben des Unfallverletzten rechtzeitig Rekurs eingelegt mit dem Antrage auf Bewilligung der entsprechenden Unfallrente bis zum Tode ihres Erblassers und auf Erstattung sämmtlicher Kosten. Die Rekurskläger beantragten, nochmals den Dr. L. zu hören, der bezeugen könne, dass durch den Unfall das Leiden des Erblassers verschlimmert und der Tod dadurch herbeigeführt worden sei. Der Geschäftsführer Z. hat unter Bestreiten der gegnerischen Anführungen auf Zurückweisung des Rekurses angetragen. Dem entsprechend erkannte auch das Reichs-Versicherungsamt, indem u. A. Folgendes angeführt wurde: Die Gutachten des Dr. L. und des Dr. H. ergeben im Zusammenhalt mit einander, dass die zum Tode führende Krankheit nicht von einem am 15. September 1897 erlittenen Unfall herrühren kann. Dr. L. hat den F. K. zum ersten Male bei der Aufnahme in seine Klinik am 20. Oktober 1897 gesehen; ihm ist die Vorgeschichte der Krankheit nicht hinreichend bekannt, sonst könnte er nicht zu der Annahme gelangen, dass eine am 15. September 1897 erlittene Verletzung des linken Fusses die Krankheit verursacht haben könne. Denn an dem bezeichneten Tage ist K. zu Dr. H. — wie dieser in seinem Gutachten bezeugt — in die Sprechstunde gekommen mit einer offenbar schon seit längerer Zeit eiternden Wunde am linken und einer ebensolchen am rechten Fusse. Dabei hat er von einem Unfall, der ihm zugestossen sei und dem er das Leiden zuschreibe, weder an diesem Tage, noch während der Zeit der Behandlung irgend etwas erwähnt. Es kann nicht geglaubt werden, dass die eiternde Wunde am linken Fuss von einer Verletzung von demselben Tage, die das gleiche Bild bietende Wunde am rechten Fuss aber von einer anderen Ursache herrührte. Danach und unter Berücksichtigung des von Dr. H. schon im August 1897 behandelten Fussübels des K. (bestehend in Erweiterung starker Schwielen an den Zehen) erlangt das Rekursgericht in Uebereinstimmung mit Dr. H. die Ueberzeugung, dass das Leiden des K. nicht die Folge eines Betriebsunfalles war, sondern dass bei dem Verstorbenen die Berufsthätigkeit als Droschkenkutscher durch den dabei zu erduldenden andauernden Druck harten Schuhwerks die von Dr. H. konstatirten, enorm verhornten Hautstellen an den Füssen verursachte, und dass aus diesen unter Hinzutritt der Altersveränderungen der Gefässe und der Zuckerkrankheit, an welcher K. unzweifelhaft litt, die zum Tode führende Erkrankung sich entwickelt hat. Andererseits ist auch eine Verschlimmerung des bestehenden Leidens durch einen am 15. September 1897 eingetretenen Unfall, wie das Gutachten des Dr. H. überzeugend ausführt, deswegen als ausgeschlossen anzusehen, weil damals und in der nächsten Zeit die Erkrankung des nicht verletzten rechten Fusses sich als die schwerere darstellte. Hiernach besteht ein ursächlicher Zusammenhang des Todes des K. mit einem Unfalle nicht. Dazu kommt aber noch, dass der Unfall selbst keineswegs erwiesen oder erweislich ist. Die von dem damaligen Arbeitgeber und die vom Sohne des K. bezeichneten Zeugen sind bei einem Unfalle der behaupteten Art nicht zugegen gewesen. Nur einzelnen der Zeugen hat der Verstorbene einmal mitgetheilt, dass er sich am Unterschenkel verletzt habe. Der Beweis, dass am 15. September 1897 K. sich den Fuss am Nabenring der Droschke gestossen habe, ist dadurch nicht erbracht.

Rentenberechnung bei Verstümmelung zweier Zehen.

Entsch. vom 5. Januar 1900.

Am 26. Juli 1898 erlitt der Bergarbeiter Andreas U. auf der Zeche Julia einen komplizirten Bruch der ersten und zweiten Zehe des rechten Fusses. Vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfalle ab erhielt der Verletzte eine Rente von 20 Prozent, welche mit dem 12. April 1899 zur Einstellung gelangte, weil nach ärztlichem Gutachten die Erwerbsfähigkeit in Folge der Verletzung nicht mehr beeinträchtigt sei. Mit der hiergegen erhobenen Berufung abgewiesen, legte U. Rekurs ein und beantragte Weitergewährung der bisherigen Rente, da er in seiner Erwerbsfähigkeit noch in hohem Masse beschränkt wäre. Zur Begründung seiner Behauptung legte der Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Rekursgericht das Gutachten des Dr. St. vor, von folgendem Inhalt: Ich stellte am rechten Fusse eine Verstümmelung der grossen Zehe und ein vollständiges Fehlen der folgenden fest. Da der rechte Fuss als Stütze des ganzen Körpers dient und hauptsächlich dazu benutzt wird, wenn es nothwendig ist, sich einen festen Halt zu geben, so ist es natürlich, dass in di[illegible] Beziehung eine Herabsetzung der Leistungsfähig[illegible] resultirt und ebenso, dass das Gehörvermögen sowo[illegible] der Ausgiebigkeit als auch in der Dauer ein[illegible]waltige Einschränkung erfahren hat. Das R.-V.-A. [illegible] dem Verletzten unter Zuerkennung von 10 M[illegible] aussergerichtlichen Kosten eine Rente von 10 P[illegible] bewilligt.

Gründe:

Der Verlust der zweiten Zehe für sich allein würde allerdings eine dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht nothwendig bedingen, weil die zweite und die folgenden Zehen durch Gewöhnung einander hinreichend ersetzen können. Dagegen muss die theilweise Entfernung der grossen Zehe für die Fähigkeit zur Fortbewegung und für die Standfestigkeit des Körpers von schwerwiegenden Folgen sein, um so mehr als noch der Verlust der benachbarten zweiten Zehe dazukommt.

Dagegen ist auf der anderen Seite auch zuzugeben, dass die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch den Unfall eine so grosse wie früher jetzt nicht mehr ist, und dass gegenüber dem für die Festsetzung der Rente von 20 Prozent massgebenden Zeitpunkte jetzt eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Nach dem Gutachten der Aerzte-Kommission in W. vom 10. April 1899 ist die Druckempfindlichkeit der Narbe geschwunden, der übrige Fuss wieder frei beweglich geworden und — soweit es überhaupt möglich — die Angewöhnung an die Unfallverletzung erfolgt. Darin liegt eine wesentliche Veränderung im Sinne des § 65 des U.-V.-G.; es ist nach der Schätzung, die das Rekursgericht auf Grund der Beweisergebnisse unter freier Beweiswürdigung vornahm, die Erwerbsfähigkeit des Klägers durch die Unfallfolgen nicht mehr um $^1/_5$, sondern nur noch um $^1/_{10}$ geschmälert.

Dass eine irgend erhebliche und wirthschaftlich in Betracht kommende Beeinträchtigung von dem Unfalle überhaupt nicht mehr zurückgeblieben sei, kann der Berufsgenossenschaft nicht zugegeben werden. Es folgt dies auch aus der Thatsache nicht, dass der Kläger in der Kameradschaft seines Vaters jetzt einen höheren Tagesverdienst erzielt, als vor dem Unfall. Denn entscheidend für die Bemessung der Unfallrente ist nicht der thatsächlich verdiente Lohn, sondern die objektiv festzustellende Beeinträchtigung der Funktionen des Körpers und seiner Erwerbsfähigkeit.

Kompass.

Aus dem Kammergericht.

Die Honorarfrage als öffentliche Angelegenheit.

Entsch. vom 21. Mai 1900.

Dr. med. B., der Vorsitzende eines ärztlichen Vereins in Pommern, war angeschuldigt worden, sich gegen §§ 2, 13 des Vereinsgesetzes vergangen zu haben, wonach die Vorsteher von Vereinen, welche eine Einwirkung auf öffentliche Angelegenheiten bezwecken, verpflichtet sind, Statuten des Vereins und das Verzeichniss der Mitglieder binnen drei Tagen nach Stiftung des Vereins und jede Aenderung der Statuten oder der Vereinsmitglieder binnen drei Tagen, nachdem sie eingetreten ist, der Ortspolizeibehörde zur Kenntnissnahme einzureichen. Dr. med. B. hatte es unterlassen, drei Aerzte, die aus dem Verein ausgetreten waren, rechtzeitig abzumelden. Der besagte Verein bezweckte, die Interessen des ärztlichen Standes zu vertreten, die Honorarfrage zu erörtern etc. Der Vorsitzende hatte vor einiger Zeit auch beim Magistrat angefragt, ob ein in einem städtischen Krankenhause angestellter Arzt auch Privatpraxis ausüben dürfe. Sowohl das Schöffengericht als auch die Strafkammer sprach den Angeklagten frei, da es sich nicht um einen Verein handle, welcher eine Einwirkung auf öffentliche Angelegenheiten bezwecke. Diese Entscheidung focht die Staatsanwaltschaft durch Revision beim Kammergericht an und erklärte die Vorentscheidung für rechtsirrthümlich; der Verein bezwecke [illegible] eine Einwirkung auf öffentliche Angelegenheiten, da er nicht nur die Honorarfrage erörtern wolle, sondern auch versucht habe, auf den Magistrat einzuwirken, um die Konkurrenz eines Anstaltsarztes zu beseitigen. Das Kammergericht hob auch die Vorentscheidung auf und wies die Sache an die Vorinstanz zurück, da der Vorderrichter § 2 des Vereinsgesetzes verletzt habe. Unter öffentlichen Angelegenheiten seien nicht nur diejenigen zu verstehen, die im Gegensatze zu Privatinteressen die eigentlichen Staatsinteressen, mithin Angelegenheiten politischen und religiösen Inhalts betreffen, sondern alle die Gesammtheit berührenden allgemeinen Angelegenheiten und insbesondere auch das Gebiet der sozialen Interessen. Demnach gehören zu den Vereinen, die eine Einwirkung auf öffentliche Angelegenheiten bezwecken, auch ärztliche Vereine, die die Honorarfrage erörtern; diese berührt auch die Interessen des Publikums und des Staates. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Konflikt des Ministers zu Gunsten eines Arztes.

Entsch. vom 1. Juni 1900.

Der Gerichtssekretär K. war auf Antrag des Präsidenten des Oberlandesgerichts im Jahre 1892 in den Ruhestand versetzt worden und erhielt 1212 M. Pension jährlich zugesprochen. Der Physikus Dr. Z. hatte erklärt, R. sei in Folge von Neurasthenie dauernd gänzlich dienstuntauglich. Auf den Rekurs des R. an das Staatsministerium wurde das Medizinalkollegium um Erstattung eines Obergutachtens ersucht. Dieses Obergutachten wurde am 2. Januar 1893 erstattet, nachdem K. von Professor P. und seinem Assistenten Dr. L. untersucht worden war. Das Gutachten hatte Professor P. abgefasst und es war von den übrigen Mitgliedern des Medizinalkollegiums mit unterschrieben worden. Auf Grund dieses Gutachtens war der Rekurs des K. vom Staatsministerium abgewiesen worden. Später erhob K. gegen Professor P. eine Klage auf Schadenersatz, da Professor P. das Gutachten nicht mit der gehörigen Sorgfalt und ohne körperliche Untersuchung erstattet habe; diese Untersuchung sei lediglich von Dr. L. vorgenommen worden. Während Professor P. den Kläger für nervenleidend erkläre, hielten ihn die Professoren F. und S. für gesund und diensttauglich. Der Kultusminister erhob darauf zu Gunsten von Professor P. den Konflikt, da Professor P. die von seinem Assistenten Dr. L. vorgefundenen Untersuchungsresultate nachgeprüft und seine Amtspflicht nicht verletzt habe. Das Oberverwaltungsgericht erklärte nunmehr den Konflikt des Ministers für begründet und stellte das gerichtliche Verfahren gegen Professor P. ein, indem ausgeführt wurde, eine irrthümliche Beurtheilung bei der Feststellung thatsächlicher Verhältnisse stelle sich nicht als eine Verletzung der Amtspflicht dar, entscheidend sei, dass Professor P. in das Gutachten nur solche Befunde aufgenommen habe, welche er nach kurzer Untersuchung selbst festgestellt hätte, nachdem die Befunde zuvor von seinem Assistenten nach langer Untersuchung ermittelt waren. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Schlockow - Roth - Leppmann: Der Kreisarzt (Neue Folge von: Der preussische Physikus). 5. Auflage, Bd. II: Gerichtliche Medizin (Roth) und Gerichtliche Psychiatrie (Leppmann). Berlin, 1900. R. Schoetz. Preis pro Bd. I/II brosch. M. 22,—, geb. M. 25,—.

Wenn ein Werk, das nur für einen kleineren Theil des ärztlichen Publikums bestimmt ist, in etwa 15 Jahren 5 Auflagen erlebt, wenn es eine so weitverbreitete Popularität errungen hat, wie das vorliegende, wenn es sich auf solche Weise bewährt und selbst den Beweis seiner Brauchbarkeit und Zweckmässigkeit geliefert hat, so bedarf es einer kritischen Besprechung bei seinem Neuerscheinen nicht mehr und der Referent kann sich darauf beschränken, die Thatsache der neuen Auflage bekannt zu geben und die Veränderungen, die bei dieser Gelegenheit vorgenommen worden sind, kurz zu würdigen.

Solche Veränderungen haben nun dieses Mal in sehr erheblichem Umfange stattgefunden. Es sind zunächst die wesentlichen neuen sicheren Errungenschaften der Wissenschaft aufgenommen worden, so beispielsweise die Untersuchungen über die Haematoporphyrinprobe, über die epiduralen Pseudohaematome bei Verbrennung u. a. m.

Grössere Umwälzungen sind nothwendig geworden durch die inzwischen erfolgte Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der dazu gehörigen Einzelgesetze. Die hieraus sich ergebenden Aenderungen in den Aufgaben des Gerichtsarztes finden sich im vorliegenden Werke in ebenso erschöpfender als klarer Weise dargestellt. Sie sind bekanntlich auf psychiatrischem Gebiete umfangreicher als in den übrigen Gebieten der gerichtsärztlichen Thätigkeit und so hat denn speziell jenes Kapitel eine Umarbeitung erfahren müssen, die uns besonders wohlgelungen erscheint; wir machen zumal auf die bedeutsamen Ausführungen über die Pflegschaft aufmerksam.

Bei aller Anerkennung der Arbeit der Verfasser und der sie unterstützenden Kollegen, unter denen R. Schulz im Vorwort persönlich namhaft gemacht wird, wollen wir doch auf das Recht des Kritikers zu moniren nicht ganz verzichten und den verdienten Autoren noch einen kleinen Wunschzettel zur Berücksichtigung bei der gewiss baldigen 6. Auflage unterbreiten.

Wir bitten also zunächst um Abstellung des Druck- oder Schreibfehlers, der S. 36 das Methaemoglobinspektrum zwischen E (statt C) und D verlegt. Im Kapitel von den Haaren hätten wir gern auch die wichtigen Arbeiten über das Verhalten derselben bei Kopfhiebwunden berücksichtigt gesehen.

Zu S. 53 ad f möchten wir bemerken, dass die schwere Körperverletzung des § 224 vor der Strafkammer und nicht vor den Geschworenen verhandelt wird. Bei der Angabe über die tödtliche Gabe des Karbol folgt der Verfasser von Hofmann und setzt dieselbe mit 20—30 gr., unserer Meinung nach um 100 pCt. zu hoch an. Wenn ebenfalls v. Hofmann als Quelle dafür citirt wird, dass bei der Arsenvergiftung der Dünndarm mit wässrigem Inhalt gefüllt ist, so möchten wir im Interesse der historischen Gerechtigkeit hervorheben, dass schon lange vor v. Hofmann, Virchow (Archiv Bd. 47) auf diese auch anatomische Uebereinstimmung von Cholera und Arsenvergiftung aufmerksam gemacht hat.

Wir meinen ferner, dass der Gerichtsarzt nicht stets das Ergebniss der Analyse des Chemikers abwarten muss, um eine bestimmte Vergiftung zu diagnostiziren, sondern dass er häufig genug schon auf Grund der Sektion mit Sicherheit eine Vergiftung durch Karbol, Cyankali, Kohlenoxyd u. a. m. diagnostiziren kann und möchten ihm nicht wie der Verfasser es thut (S. 20, 110) hiervon abrathen, zumal eine Stärkung der Stellung des Gerichtsarztes gegenüber dem Gerichtschemiker in den Augen der Juristen dringend geboten ist. Umgekehrt glauben wir im Gegensatz zum Verfasser uns nicht dafür aussprechen zu dürfen, dass der Befund einer Gonorrhoe bei einem Kinde mit allergrösster Wahrscheinlichkeit ein Stuprum beweist, nachdem sich neuerdings die Erfahrungen über anderweitige Infektion von Kindern so sehr gehäuft haben.

Referent will mit der Hervorhebung der obengenannten Punkte seine Anerkennung des ganzen Buches nicht einschränken, sondern glaubt nur auch an seiner Stelle dazu beitragen zu sollen, dass dasselbe der erstrebten [illegible]ung möglichst nahe gebracht wird.

F. Strassmann.

Heermann, Dr. G., Privatdozent in Kiel. Die Syphilis in ihren Beziehungen zum Gehörorgane. Sonderabdruck aus Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Ohren- etc. Krankheiten. IV. Bd., Heft 2/3. Halle a. S. 1900. Verlag von Carl Marhold. 53 S.

Der Verf. schildert der Reihe nach die syphilitischen Erkrankungen des Integuments des Ohres, der Schleimhaut des Ohres, der knöchernen Bestandtheile des Gehörorgans, der nervösen Elemente (Labyrinth, N. acusticus, Acusticuskerne) des Ohres und schliesslich die gleichzeitigen syphilitischen Affektionen verschiedener Gewebseinheiten des Ohrs. Ein Schlussabschnitt ist den hereditärsyphilitischen Erkrankungen des Gehörorgans gewidmet. — Verf. hält unsere Kenntnisse über die syphilitischen Affektionen der Haut des Ohres für abgeschlossen, während ihm die spezifischen Schleimhaut- und Nervenerkrankungen noch sehr des eingehenden Studiums in anatomischer, wie in klinischer Beziehung zu bedürfen scheinen.

R. M.

Liebmann, Dr. Albert, Arzt für Sprachstörungen zu Berlin. Vorlesungen über Sprachstörungen. 5. Heft. Uebungstafeln für Stammler, sowie für hörstumme und geistig zurückgebliebene Kinder. Berlin 1900. Verlag von Oskar Coblentz. 48 S. Pr. 1,20 M.

Die theoretischen Grundlagen der Uebungeu finden sich in dem 2. und 3. Hefte der Vorlesungen des Verf. (über Stammeln und Hörstummheit). Darum giebt die Einleitung des vorliegenden Heftes nur eine kurze Darstellung der Indikationen und der Anwendungsweise der Uebungstafeln, worauf sofort die Uebungen selbst folgen. Diese sind eingetheilt in Silben- und Wortübungen; in einem besonderen Abschnitt ist das Sprechen von Sätzen erörtert. Den Schluss bilden Lese-, Rechen- und Schreibübungen für geistig zurückgebliebene Kinder. Die Schrift gewährt einen interessanten Einblick in das Mühevolle derartiger Uebungen, die gelegentlich auch für den ärztlichen Sachverständigen von Werth sein können.

R. M.

Tagesgeschichte.

Richter und Sachverständiger.

Um die Mitte des Jahres 1898 wurde in dieser Zeitschrift im Anschluss an einen bestimmten Fall die Frage erörtert, ob es wünschenswerth sei, den Richter in seinem Urtheil vom ärztlichen Sachverständigen gegebenenfalls unbedingt abhängig zu machen. Diese Frage wurde verneint.

Im dritten Bande des Archivs für Kriminalanthropologie hat neuerdings Naecke dasselbe Thema wieder aufs Tapet gebracht und ist zu einer Anzahl Thesen gelangt, deren erste lautet: Da der Sachverständige zweifellos mehr in seinem Fache weiss als der Richter, so hat sich letzterer seinem Urtheile im Allgemeinen unbedingt zu fügen. N. bemerkt ausdrücklich: das gilt für alle Arten den Sachverständigen, wenn er auch persönlich am [illegible] Irrenarzt im Auge hat.

Es ist nicht unsere Absicht, [illegible]gen den ausgesprochenen Grundgedanken noch[illegible] Gründe ins Feld zu führen, die uns vom St[illegible]te der Rechtspflege aus zwingen, ihn abzu[illegible]. Wir erinnern nur daran, dass es sich um die wichtigste Errungenschaft der modernen Rechtspflege, die freie Beweiswürdigung, handelt und rathen Allen, die an dieser freien Beweiswürdigung rütteln wollen, sich die kriminalistische Kasuistik der Zeit, bevor jener Grundsatz Geltung gefunden hatte, durchzulesen.

Aber der Naecke'sche Aufsatz enthält nach einer andern Richtung viel Interessantes, dessen Erörterung geeignet ist, die Sachlage für uns Aerzte zu klären. Er begnügt sich nicht mit der allgemeinen Phrase, sondern zeigt auch, wie sich logischer Weise bei der Durchführung jenes Grundsatzes das ärztliche Sachverständigenwesen gestalten müsste.

Wenn der Gutachter für den Richter die massgebliche Autorität sein soll, so kann es nicht jeder beliebige Arzt sein, sondern er muss auf dem betreffenden Gebiete eine besondre Erfahrung und daneben womöglich noch eine wissenschaftliche Bedeutung haben. Für irrenärztliche Gutachten kommen weder gewöhnliche Aerzte noch Bezirksärzte, sondern nur „Fachleute", Direktoren und Aerzte an Irrenanstalten, namentlich solche, die wissenschaftlich bekannt sind, und Professoren der Psychiatrie, in Betracht. Es giebt auch Spezialfragen, z. B. über Hypnose, geschlechtliche Verkehrtheiten u. s. w., die nur einige wenige Sonder-Fachleute am besten beurtheilen können.

Soweit Naecke. Von seinem Standpunkte aus hat er ganz Recht. Eine besondere Gewähr für die Tüchtigkeit des Gutachters muss gegeben sein — ergo wird in Ermangelung andrer Kennzeichen der Sachverständige auf Grund seiner offiziellen Stellung und wissenschaftlichen Bekanntheit gewählt. In den Händen einiger Weniger wird die gerichtliche Medizin monopolisirt. Nicht die Fähigkeit, „praktisch" klar zu denken und zu sprechen, sondern der Titel Direktor oder Professor oder dgl. und die Zahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen berechtigt zur Aufnahme in die geforderte „offizielle Liste der Sachverständigen."

Man wende nicht ein, dass etwa nur für schwierigere Fä[illegible] die „höhere Autorität" herangezogen werden soll. Das m[illegible] N. nicht, und das kann er auch gar nicht meinen. Denn

ein Fall schwierig ist, kann in den meisten Fällen erst der tüchtige Sachverständige entscheiden.

Es sei gestattet, hier einen Seitenblick auf die von N. nicht berührte Frage zu werfen: Wie würde es bei N.'s System mit der gerichtsärztlichen Ausbildung der künftigen Gutachter stehen? Das Studium der gerichtlichen Medizin soll ja angeblich nächstens für die Studenten der Medizin obligatorisch werden. Das wäre aber nur eine unnütze Grausamkeit bei der so wie so bestehenden Ueberlastung der Medizinbeflissenen mit Lernstoff, wenn zur praktischen Ausübung der gerichtlichen Medizin doch nur ein verschwindend kleiner Bruchtheil der Gesammtheit später zugelassen würde. Widerwillig würden die Studenten das Nothdürftigste lernen, auch das Wenige würde ihnen mangels praktischer Uebung nach dem Examen rasch entschwinden. Wenn einige nachher dann, vermöge ihrer Verdienste auf andern Gebieten, glücklich zu der Stellung der für die Sachverständigenthätigkeit Auserwählten vorgedrungen sein würden — wer weiss, ob sie dann als Gutachter das leisten würden, was ein weniger spezialistisch gebildeter, aber in der gerichtlichen Praxis erfahrener und im formellen Denken geübter Gerichtsarzt der jetzigen Schule leistet.

Aber hören wir weiter, was nach Naecke geschehen soll, wenn der Richter von der Richtigkeit des Gutachtens nicht überzeugt ist: [illegible] vernehmen. Dann kann er noch einen oder mehrere Sachverständige [illegible] sagt N. (Dasselbe soll auf Wunsch des Angeklagten oder des [illegible] selbst oder endlich in besonderen, gesetzlich festzulegenden Fällen [illegible]nden.) Wenn sich nun die Experten widersprechen? „Dann entsch[illegible] letzte Instanz das Medizinalkollegium.“ Das ist der weitere Ausbau [illegible] medizinischen Werthordnung: zwei Autoritäten widersprechen sich, eine beliebige dritte, die zufällig die Ehre hat, Referent im Medizinalkollegium zu sein, trifft die unfehlbare Entscheidung!

Und so stellt sich uns bei Durchführung der scheinbar unserer Standeswürde so wohlangemessenen Abhängigkeit der Richter von den ärztlichen Sachverständigen folgendes Zukunftsbild unseres Standes vor Augen: Die grosse Masse der Praktiker und Medizinalbeamten wird völlig abgedrängt von der gerichtlichen Medizin, in der sie keine Rolle zu spielen berechtigt sind. Die wissenschaftlichen Grössen werden genöthigt, mit ihren gewöhnlich recht grossen anderen Lasten zusammen auch noch die der gesammten Sachverständigenthätigkeit zu tragen, zu welchem Zwecke sie natürlich auch auf den Dörfern herumfahren, Sektionen machen, in Privatanstalten Geisteskranke untersuchen müssen. Dann treten sie vor das Forum und schreiben dem Richter sein Urtheil vor — um freilich, wenn das Medizinalkollegium nicht ihrer Meinung ist, sich widerspruchslos zurückzuziehen.

Wahrlich, das Bild, das wir von der künftigen Entwicklung haben, ist ein anderes: wir sehen einen immer grösseren Kreis von Aerzten bemüht, in der gerichtlichen Medizin, insbesondere der Irrenheilkunde ausreichende Kenntnisse zu erwerben und sich gleichzeitig formelle Logik in genügendem Maasse anzueignen, um den Richter von ihrer Meinung zu überzeugen. Wir sehen die Sachverständigen in freiem Wettstreit vor den Richter treten, dem gegenüber das Mitglied des Medizinalkollegiums vor dem einfachen Gerichtsarzt, der ordentliche Professor vor dem Privatdozenten nur dann den Vorrang hat, wenn er besser zu überzeugen weiss. Und wir sehen andererseits den Stand der Rechtsgelehrten immer engere Fühlung mit dem der Aerzte gewinnen, ernstlich bemüht, die ärztlichen Auseinandersetzungen zu verstehen, um sie, wie jedes andere Beweismittel, frei zu würdigen.

Dies Ideal halten wir für erstrebenswerth.

Aus dem Jahresbericht der Gewerbe-Inspektoren für das Jahr 1899

entnehmen wir der „Zeitschr. d. Centralstelle f. Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen“ einige interessante Einzelheiten.

Die Sterblichkeit der Cigarrenarbeiter an Lungentuberkulose im Grossherzogthum Baden betrug 2,08 Prozent im Durchschnitt der Jahre 1887—1899, während in derselben Zeit im ganzen Lande nur 0,28 Prozent der Bevölkerung der Schwindsucht erlagen. Doch hat sich seit 1894 die Sachlage gebessert, der Prozentsatz ist auf 1,61 Prozent zurückgegangen. Vermuthlich ist dies auf die jetzt durchgesetzte Fernhaltung der Altersklassen zwischen 12 und 13 und grösstentheils auch der zwischen 13 und 14 Jahren zurückzuführen.

Im Steinhauergewerbe, dessen Gefahren so gross sind, dass die Lebensversicherungen keine Steinhauer aufnehmen, wurde versucht, billige Respiratoren aus Celloidin einzubürgern. Aber trotz sichtlichen Erfolges der Apparate fanden sie bei den Arbeitern keinen Anklang, alle Versuche, ihren Gebrauch durchzuführen, misslangen.

Bei den Nitrirarbeitern stellt sich durch die Säuredämpfe eine Zerstörung der Schneidezähne ein. Diese scheint am besten durch Geschlossenhalten des Mundes verhütet zu werden. Die Aerzte empfehlen auch das Tabakkauen als Verhütungsmittel.

In Oesterreich wurden bei Arbeitern in einer Calciumcarbidfabrik bestimmte Krankheitserscheinungen (welche?) beobachtet. Man nimmt an, dass sie auf die hohe Temperatur, insbesondere auf die strahlende Hitze im Reduktionsraum zu beziehen sind. Ferner rief der elektrische Lichtbogen beim Schw[illegible] einer Walze mittelst elektrischen Stromes heftige Augenentzündungen bei [illegible] hervor.

Zum ärztlichen Studium der Frauen.

Auf Grund der Bestimmungen des § 29 der Gewerbeordnung hat der Bundesrath beschlossen, den Reichskanzler zu ermächtigen, in Uebereinstimmung mit der zuständigen Landesbehörde bei reichsangehörigen weiblichen Personen, die vor dem Sommerhalbjahr 1899 sich dem medizinischen Studium an einer Universität ausserhalb des Deutschen Reichs gewidmet haben, zur Zulassung zu den ärztlichen Prüfungen die Vorlegung des Zeugnisses der Reife von einem humanistischen Gymnasium mit Rücksicht auf ein ausländisches Reifezeugniss zu erlassen und das medizinische Universitätsstudium, das sie nach einer im Auslande bestandenen Prüfung vor dem Winterhalbjahr 1900/1901 zurückgelegt haben, auf die in der Bekanntmachung über die ärztliche Prüfung vom Jahre 1883 erforderten vier Halbjahre medizinischen Universitätsstudiums anzurechnen. (Voss. Ztg.)

Ein Pestfall in Deutschland.

Der Stewart eines von La Plata mit längerem Aufenthalt in Cardiff zurückgekehrten Schiffes wurde bei der gesundheitspolizeilichen Untersuchung im Hafen zu Hamburg krank gefunden und, da Typhusverdacht vorlag, in das Alte allgemeine Krankenhaus gebracht. Nach einigen Tagen begann jedoch die Krankheit pestverdächtig zu erscheinen, der Kranke wurde nach einer Isolirbaracke des Eppendorfer Krankenhauses überführt, wo thatsächlich durch bakteriologische Blutuntersuchung und Thierversuche Pest festgestellt wurde. Alle Vorsichtsmassregeln sind getroffen. Der Kranke ist inzwischen gestorben. Alle Andern, die mit ihm in Berührung gekommen sind, befinden sich laut offizieller Angabe wohl.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 17. Ausgegeben am 1. September.

Inhalt:

Zwei Todesfälle nach Ausschabung der Gebärmutter. Fahrlässige Tötung?

Zwei Gutachten
von
Prof. Dr. L. Landau-Berlin.

Einleitung.

Der Abdruck nachstehender vor ca. 6 Jahren erstatteter Gutachten soll nicht blos einen Beitrag zur gerichtlich-frauenärztlichen Kasuistik darstellen, sondern auch durch Beschreibung zweier drastischer Fälle zeigen, wie gefährlich die Ausschabung der Gebärmutter ist und wie gut die Aerzte thun würden, wenn sie die Anzeigen für deren Ausführung beschränkten. Zwar haben sich in den letzten Jahren die Anschauungen mancher Gynaekologen bezüglich der Anzeige und Ausführung der Ausschabung im konservativen Sinne geändert, aber immer noch hat man nur allzu häufig Gelegenheit, sich zu überzeugen, wie gross und wie häufig der Schaden ist, welchen die Kranken durch Auskratzung erleiden. Nicht alle Fälle gelangen glücklicherweise durch den Tod der Betroffenen oder durch die Denunziation der Leidtragenden oder von freundlichen Kollegen vor das Gericht; diese sind verschwindend gegenüber der Zahl derjenigen, welche auf andere Weise bekannt werden und bei welchen die Auskratzung gerade nicht den Tod, aber langdauernde Krankheit in nicht allzu seltenen Fällen lebenslängliches Siechthum im Gefolge hat.

Durch die Mittheilung der folgenden beiden Fälle, welche typisch für eine grosse Anzahl gleichartiger Fälle sind, soll aber auch darauf hingewiesen werden, dass es gar nicht schwer und nicht einmal kostspielig wäre, zahlreichen Individuen ihre Gesundheit zu erhalten, wenn der Staat Veranlassung nähme, die Medizin Studirenden auf der Universität zweckmässiger unterrichten zu lassen. Dass der Unterricht speziell in Geburtshülfe und Gynaekologie theoretisch ein ausreichender ist, wird Niemand bestreiten, aber praktische Eingriffe sind nicht durch theoretische Unterweisungen zu erlernen, sondern es muss der Staat besondere Veranstaltungen treffen, die Kenntnisse eines unter Umständen doch lebensrettenden Eingriffes praktisch zu verbreiten.

Es ist jedoch hier nicht der Platz, auf die Mittel hinzuweisen, die mit Leichtigkeit in diesem Punkte eine Besserung herbeiführen könnten.

In rein gerichtsärztlicher Beziehung haben beide Gutachten etwas grundsätzlich Wichtiges gemeinsam: Zwei Aerzte sind angeklagt, fahrlässig gehandelt zu haben. Ich komme jedoch zu der Ueberzeugung, dass nicht Fahrlässigkeit, sondern nur entschuldbare Kritiklosigkeit und mangelnde Uebung

den unglücklichen Ausgang der Fälle herbeigeführt haben. Möge sich der Gutachter stets vor Augen halten, dass eine derartige „aetiologische" Betrachtung manchen „Kunstfehler" in milderem Lichte erscheinen lässt!

Ich gebe die beiden Gutachten ohne weiteren Kommentar wieder.

I.

Die 30 Jahre alte Frau N. war im vierten Monat der Schwangerschaft und litt an Blutungen. Zwei anfangs zugezogene Aerzte waren der Meinung, dass es sich um eine nicht normal verlaufende Schwangerschaft handle (Blasenmole? Abort?), glaubten aber, da die Blutung nicht bedrohlich war, noch abwarten zu können und gaben der Frau dementsprechend Bescheid. Darauf konsultirte Frau N. den Angeschuldigten, welcher die möglichen Gefahren eines sich selbst überlassenen Abortes fürchtend, zu einer Ausräumung der Gebärmutter rieth. Die Diagnose eines Aborts ergab sich für ihn aus den bereits in der Scheide liegenden Eihautfetzen und der vorangegangenen Blutung.

Der Angeklagte nahm unter Zuziehung einer Hebamme ohne Narkose eine Auskratzung der Gebärmutter vor. Nach Desinfektion der Hände und 10 Minuten langer Auskochung der Instrumente, Anhakung der vorderen Muttermundslippe mit der Kugelzange, Einführung eines Spekulums führte er zuerst eine breite stumpfe Kurette ein, die leicht eindrang und holte unter mässig starker Blutung die Nachgeburt in einzelnen Fetzen heraus. Der Angeklagte merkte nichts von einer Zerreissung der Gebärmutter und machte nach Beendigung der über 30 Minuten währenden Operation eine Ausspülung mit 1proz. Lysollösung. Nach der Operation wurde Frau N. blass, aber nicht bewusstlos, so dass der Arzt die Kranke bei nach seiner Ansicht nicht schlechtem Allgemeinbefinden verliess. Ebenso ging die Hebamme kurze Zeit darauf fort. Als der Angeschuldigte nach $1^1/_2$ Stunden eiligst zu der Frau N. gerufen wurde, welche nach seiner Verordnung bis kurz vor ihrem Tode noch Wein, Kaffee, Cognac und Ergotin genommen hatte, fand er die Frau im Todeskampfe; bald nach seiner Ankunft starb sie.

Die Leiche wurde von dem Kreisphysikus Herrn Dr. Z. und Herrn Dr. A. obduzirt. Dieselben fanden Zeichen innerer Verblutung, einen Gebärmutterriss und einen in die Bauchhöhle ausgetretenen, etwa viermonatlichen, übrigens missgebildeten Foetus. Die Obduzenten gaben ihr Gutachten dahin ab:

1. der Tod ist eingetreten an innerer Verblutung,
2. diese innere Verblutung ist Folge einer Zerreissung (Perforation) der Gebärmutter,
3. die Gebärmutterzerreissung ist zweifellos nicht spontan entstanden, sondern durch einen äusseren, mechanischen Eingriff verursacht worden.

In dem motivirten Gutachten legt der Kreisphysikus Herr Dr. Z. des Näheren dar, dass der tödtliche Riss in der Gebärmutter unzweifelhaft durch die Ausführung der Auskratzung und durch die Handhabung mit dem scharfen Löffel entstanden ist. Jedes Kennzeichen einer spontanen Zerreissung fehlte; die Gebärmutterwandung war keineswegs abnorm verdünnt, vielmehr $1^1/_2$ cm dick und zugleich ziemlich derb in ihrem Gefüge. Auch sonst war sie in ihrem Gewebe nicht geschwürig oder sonstwie krankhaft entartet.

Dagegen war die Innenfläche nicht glatt und eben, sondern rauh und höckrig, wie angefrischt, überall, namentlich an der Hinterwand, deutlich die Spuren des schabenden und kratzenden Instruments zeigend. Selbst an der Leibesfrucht waren die unzweideutigsten Merkmale der geschehenen Auskratzung am Kopf und an den Rippen vorhanden. Durchlöcherungen der Gebärmutter können zwar selbst bei geübten frauenärztlichen Operateuren zuweilen vorkommen und können entschuldbar sein, wenn die Wandung und das Gewebe der Gebärmutter krankhaft verändert, verdünnt, erweicht sei, so dass auch bei vorsichtigstem, schonendstem Verfahren der scharfe Löffel eine kleine Durchlöcherung an der betreffenden Wandstelle machen könne, aber die Zerreissung bei vollkommen normaler, dicker und fester Wand sei auf keinen Fall entschuldbar, da sie eine höchst gewaltsame und unvorsichtige Ausführung der Operation beweise. Nur bei grösster Ungeübtheit und Unerfahrenheit könne es vorkommen, bei normaler, dicker und fester Wand solange und gewaltsam zu kratzen, bis in die $1^1/_2$ cm dicke Wandung ein grosser, tödtlicher Riss hineingekratzt ist. Dass der Operateur über das, was er eigentlich unter dem scharfen Löffel hatte, so wie darüber, was, wo und wie tief zu kratzen war, nicht hinreichend genug orientirt war, beweist ja auch der Umstand, dass die Frucht an- und theilweise aufgekratzt war." — Die Grösse des Gebärmutterrisses ist mit 4 cm Länge und 2 cm Breite keineswegs reichlich, sondern eher etwas klein bemessen, bot er doch einer Frucht von 20 cm Länge (und allerdings mangelhafter sonstiger Entwickelung) Raum zum Durchtritt . . .

Als einen besonders erschwerenden Umstand sieht dann der Sachverständige noch an, dass die Operation überhaupt nicht indizirt war. Ausser einer operativen Ungeschicklichkeit (allerdings höchsten und bedenklichen Grades) hätte sich der Angeschuldigte eines bedauerlichen Mangels ärztlichen Wissens und ärztlicher Einsicht schuldig gemacht, der schlechterdings nicht zu rechtfertigen sei. Auch wäre es ihm doch nicht einmal gelungen, die Frucht überhaupt zu entfernen. Nach Lage der Dinge habe der Angeklagte diese tödtliche Verletzung durch kunstwidriges und fahrlässiges Verhalten herbeigeführt.

Auch der zweite Begutachter, Herr Geh. Medizinalrath Prof. Dr. B., ist der Meinung, dass der Tod der Frau S. durch Verblutung in die Bauchhöhle und diese durch Zerreissung der Gebärmutter zu Stande gekommen ist. Auch für ihn ist ein Grund zur Ausschabung der Gebärmutter nicht ersichtlich; wenn aber, so hätte der Angeschuldigte den Finger und nicht die Curette zur Ausräumung des 4monatlichen Eies zu Hilfe nehmen sollen. „Aber auch bei Anwendung der Curette durfte eine Zerreissung der Gebärmutter mit Austritt des Fötus in die Leibeshöhle nicht vorkommen. Bei den gesunden und im 4. Monat der Schwangerschaft auch noch verhältnissmässig dicken Gebärmutterwänden könne eine Zerreissung der Gebärmutter ohne grosse Gewalt nicht entstehen. Auch die Verletzungen der Frucht sprächen für die blind gewaltsame Art des Eingriffs." Dass der Angeklagte den Fötus im Mutterleib gelassen, müsse als ein durchaus zweckloses und falsches Verhalten bezeichnet werden. Durch kunstwidriges und fahrlässiges Verfahren habe der Angeklagte den Tod der Frau S. herbeigeführt.

Auf Grund dieser beiden Gutachten wurde gegen den Angeschuldigten das Hauptverfahren wegen fahrlässiger Tödtung eröffnet. Bei der mündlichen Verhandlung gab ich mein Gutachten dahin ab:

1. Der Angeschuldigte hat durch sein Verhalten den Tod der Frau S. herbeigeführt, indem er die Gebärmutter durchgekratzt und hierdurch eine tödtliche innere Verblutung erzeugt hat.

2. Nach meinen Grundsätzen kann ich im vorliegenden Falle das aktive Vorgehen des Angeschuldigten nicht billigen, doch kommen hier soziale Verhältnisse in Betracht, welche ein aktives Verfahren erklärlich erscheinen lassen. Den Gebrauch der Curette halte ich für fehlerhaft und zweckwidrig.

3. Die Ausführung der Ausschabung war von dem Ange-

klagten nach den üblichen Regeln vollzogen; selbst etwaige Fehler dabei dürften dem Anfänger nicht als Fahrlässigkeit angerechnet werden, da er auf der Universität nicht Gelegenheit hat, diese und ähnliche gynäkologische Handleistungen auszuführen und zu üben. Der praktische Arzt ist andererseits oft nicht in der Lage, sich gewisser Handleistungen, die er auf der Universität nicht praktisch gelernt hat, zu enthalten, da er durch die Unterlassung derselben unter Umständen Menschenleben gefährden würde. Fehler, welche ihm bei dem Eingriff vorkommen, seien im höchsten Grade bedauerlich, aber müssten als Unglücksfälle angesehen werden, sofern er sich zu dem betreffenden Eingriff für verpflichtet und berechtigt fühlte.

4. Der Angeschuldigte sei im Uebrigen das Opfer einer weit verbreiteten gewaltsamen, operationssüchtigen Richtung. Nicht er sei besonders brutal verfahren, sondern die Auskratzung sei ein zwar unter Umständen segensreiches, jedoch an und für sich rohes Verfahren.

Durch Beschluss der Strafkammer wurde ich zur Abstattung eines schriftlichen Gutachtens veranlasst:

I. Ob die von dem Angeklagten bewirkte Auskratzung der Gebärmutter an sich durch die Sachlage indizirt war;

II. ob sie sachgemäss ausgeführt ist;

und im Verneinungsfalle

III. ob es eine angesehene medizinische Schule giebt, nach deren Lehren das Verfahren des Angeklagten an sich zu billigen ist.

I. War die von dem Angeklagten bewirkte Auskratzung der Gebärmutter an sich durch die Sachlage angezeigt?

Die Gefahr eines jeden Aborts besteht in lebensgefährlicher Blutung, Fäulniss der Nachgeburt, Sepsis, Wochenbettfieber. Zeigen sich diese Gefahren, so unterliegt es keinem Zweifel, dass die sofortige Ausräumung der Gebärmutter, d. h. Entfernung von Frucht und Nachgeburt angezeigt ist. Anders, wenn die Erscheinungen des Aborts nicht bedrohlich sind, und der etwaige Eingriff zur Entfernung des Eies selbst gefährlicher Natur ist; hier ist es geboten, sich abwartend zu verhalten. Da im vorliegenden Falle bedrohliche Erscheinungen nicht vorhanden waren, kein Fieber bestand etc., andererseits der Muttermund noch nicht so erweitert war, dass man bequem mittelst des Fingers, der ungefährlichsten Methode, die Ausräumung hätte vornehmen können, musste abgewartet werden. Auch nach meinem Dafürhalten war weder ein aktives Vorgehen, noch der Gebrauch der Curette, objektiv betrachtet, angezeigt.

Andererseits darf man jedoch nicht verkennen, dass bei der Behandlung von Kranken der rein medizinische und klinische Standpunkt allein nicht massgebend ist. Wer seine Kranken wegen ihrer günstigen materiellen Verhältnisse in ausgezeichneter Pflege, Abwartung und Obhut, oder auf der Abtheilung eines Krankenhauses unter ständiger Aufsicht von Arzt und Wärterin weiss, hat von einem abwartenden Verhalten keinerlei Nachtheile zu fürchten. Der praktische Arzt aber hat oft Kranke in solchen Verhältnissen zu behandeln, welche sich in Rücksicht auf mögliche Gefahren notorisch nicht die nöthige Ruhe gönnen oder gönnen können, welche trotzdem ihrer Arbeit nachgehen und so sich grossen Gefahren aussetzen. Er muss deshalb darauf bedacht sein, diesen ihm bekannten Gefahren vorzubeugen. Unter diesen Umständen, wie sie auch hier vorlagen, ist es zu entschuldigen, wenn ein Arzt den Ablauf des Aborts zu beschleunigen und den hier so leicht eintretenden Gefahren von bedrohlicher Blutung etc. vorzubeugen sucht. In der That glaubten auch die beiden anderen Aerzte, welche die Frau N. vor dem Angeschuldigten gesehen hatten, an einen drohenden Abort, ja sie waren sogar der Meinung, dass die Frau an sich schon pathologisch schwanger sei, insofern sie das Vorhandensein einer Blasenmole für möglich hielten. Der Angeschuldigte selbst giebt an, den Abort in einem vorgerückteren Stadium, als seine Vorgänger gefunden zu haben, da er Eihäute aus dem Muttermund hervorragen fühlte. Hierzu kam noch, dass die Kranke durch die Aussagen der beiden anderen Aerzte darüber unterrichtet war, dass sie nicht austragen würde, so dass sie selbst, durch diesen Gedanken in höchstem Grade beunruhigt, auf die Entfernung der Frucht drängte. Man kann verstehen, dass der Angeklagte bei dieser Sachlage und im Bewusstsein, dass bedrohliche Blutung oder Sepsis sich einstellen konnten, sich zum aktiven Vorgehen entschloss.

Aus dem aktiven Vorgehen an sich, welches, wie ich wiederhole, nach blosser Würdigung des Befundes an den Genitalien allerdings nicht indizirt war, ist dem Angeklagten in Würdigung der Nebenumstände — abortirende blutende Frau in einer gesellschaftlichen Stellung, welche ihr Ruhe und Pflege unmöglich machte, in seelischer Verstimmung, weil sie wusste, dass sie doch nicht austragen würde — ein Vorwurf nicht zu machen.

Eine andere Frage ist die, ob die Art seines aktiven Vorgehens, d. h. die vorgenommene Ausschabung eine nur durch grobe Unwissenheit zu erklärende Massnahme war. Diesen Punkt werde ich später bei der Beantwortung der Frage 3 ausführlich erörtern. Natürlich würde aber auch eine Bejahung dieser Frage noch nicht den Schluss zulassen, dass der Angeklagte durch Fahrlässigkeit den Tod der Frau N. herbeigeführt hat. Denn an sich war auch durch den nicht indizirten Gebrauch des scharfen Löffels oder der Kurette der Tod der Frau noch nicht besiegelt. Es fragt sich daher, ob der Tod der Frau N. durch eine vorschriftswidrige Ausführung der Auskratzung bewirkt worden ist, indem der Angeklagte zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Berufes besonders verpflichtet war. Hierdurch komme ich zur Beantwortung der Frage

II. War die Auskratzung vom Angeklagten sachgemäss ausgeführt?

Diese Frage muss ich, soweit es sich um die von dem Angeklagten geübte Technik handelt, bejahen. Er hat nachweislich vor der Auskratzung eine antiseptische Ausspülung der Scheide gemacht, die Instrumente gekocht, ein Spekulum eingeführt, die vordere Muttermundlippe mit einer Kugelzange angehakt, ja, man muss sogar dem Angeklagten das Zeugniss ausstellen, dass er die Ausräumung der Nachgeburt leider nur zu vollkommen gemacht, denn wie die Obduktion ergab, waren nur unbedeutende Theile derselben zurückgeblieben.

Allerdings ist, wie die Obduktion gezeigt hat, bei seinem Verfahren die hintere Uteruswand durchlöchert und hierdurch die tötliche Blutung erzeugt worden. Die nicht sachgemässe, also kunstwidrige Ausführung der Auskratzung wird nun von den Sachverständigen und der Anklage im Wesentlichen aus der Verletzung selbst erschlossen, ohne dass der Nachweis geführt wurde, dass der Angeklagte bei der Ausführung kunstwidrig vorgegangen wäre. Freilich werden einige anatomische Momente angeführt, welche, ohne diesen Nachweis, an sich die fahrlässige Ausführung beweisen sollen. Als ein solches besonderes Moment, welches die höchst gewaltsame und unvorsichtige Ausführung der Operation, beziehungsweise Handhabung des scharfen Löffels darthun soll, wird angeführt

1. dass es nur bei grösster Ungeübtheit und Unerfahrenheit vorkommen kann, bei normaler, dicker und fester Wand so lange und gewaltsam zu kratzen, bis in die $1^1/_2$ cm dicke Wandung ein langer, tötlicher Riss hineingekratzt ist. Diese Dicke von $1^1/_2$ cm Wanddurchmesser und die

Festigkeit wird von den Obducenten und der Anklage wiederholentlich als ein besonders gravirender Beweis für die Roheit der Handtirungen des Angeklagten angeführt, während es in den Gutachten der Sachverständigen durchaus entschuldigt wird, wenn es einem gynäkologischen Spezialisten passirt, an einer verdünnten und erweichten Stelle ein kleines Loch zu schaben.

Und doch haben die Obduzenten und der eine Begutachter übersehen, dass die Wanddicke der Gebärmutter zwar an der Leiche $1^1/_2$ cm betrug, dass aber in der zu der Zeit der Operation ausgedehnten, mit Nachgeburt und Frucht erfüllten Gebärmutter naturgemäss die Dicke der Wand eine erheblich geringere war, als später, nachdem die Gebärmutter nach Entleerung ihres Inhalts (Nachgeburt nach aussen, Frucht nach innen) sich zusammengezogen hatte. Dass die Gebärmutter ihre Gestalt und damit auch ihre Wanddicke nach der Operation geändert haben muss, ist ja schon daraus ersichtlich, dass die Gebärmutterhöhle bei der Obduktion eine Länge von 9 cm besass, während sie zur Zeit der Operation einen 20 cm langen foetus (natürlich in zusammengekauerter Haltung) und noch die Nachgeburt beherbergte.

Zum exakten Nachweis der Nicht-Uebereinstimmung des Obduktionsbefundes mit den Verhältnissen, wie sie zur Zeit der Operation thatsächlich vorlagen, habe ich Messungen an anatomischen Präparaten vorgenommen und festgestellt, dass eine normale Gebärmutter im vierten Monat der Schwangerschaft, die nur noch die Frucht und Nachgeburt, aber kein Fruchtwasser mehr enthielt, also die gleichen Bedingungen darbot, wie sie der Angeklagte bei der Operation vor sich hatte, eine Wanddicke von 1 cm und eine Länge von $13^1/_2$ cm an der Innenfläche gemessen, besitzt.

Ausser der Dicke wird auch die besondere Festigkeit der Gebärmutterwand, wie sie bei der Obduktion gefunden wurde, als ein Moment angeführt, das die fahrlässige Art des Vorgehens seitens des Angeklagten beweise. Auch hier haben die Sachverständigen den Leichenbefund an der zusammengezogenen Gebärmutter irrthümlich zum Beweise ihrer Behauptung verwerthet. Denn es ist bekannt, dass gerade das Gefüge einer schwangeren Gebärmutter wegen der enormen Blutfülle und lymphatischen Durchtränkung ein ganz besonders weiches ist. Aus dem Durchstossen einer schwangeren, ausgedehnten Gebärmutter an sich würde ich den Vorwurf eines besonders gewaltsamen Vorgehens nicht folgern.

2. Auch daraus, dass der Operateur nicht gewusst hat, was er unter dem scharfen Löffel hatte, was die ausgekratzte Frucht beweisen soll, wird die unsachgemässe Ausführung der Auskratzung geschlossen. Und doch ist es wiederholentlich geübten Gynäkologen passirt, dass sie trotz energischer Auskratzung von der Anwesenheit einer Frucht in der Gebärmutter, auf der sie ja auch herumgekratzt haben mussten, keine Kenntniss erhielten. Man kann dies aber auch bei unerweitertem Muttermund unter Umständen um so leichter übersehen, als das weiche Gewebe des Foetus, wenn man nicht direkt auf einem blossgelegten Knochen mit der Curette herumkratzt, das gleiche weiche Gefühl für die die Curette führende Hand des Operateurs darbietet, als die weiche Gebärmutterwand oder der Mutterkuchen. Es ist daher nicht angängig, eine besondere Sorglosigkeit des Angeklagten aus der Zerkratzung der Frucht abzuleiten.

3. Die Grösse des Gebärmutterrisses ist mit 4 cm Länge und 3 cm Breite angegeben, und es wird auch die Grösse dieser Verletzung, ebenso wie der Austritt der 20 cm langen Frucht aus diesem Loch, als gleichfalls beweisend für die gewaltsame Ausführung der Operation angeführt. Dagegen fehlt der Nachweis, dass nicht die ursprünglich vielleicht kleinere Oeffnung durch das Hindurchpressen des Foetus erst bis zu dieser Grösse weitergerissen ist, was ich indessen für die Beurtheilung der Fahrlässigkeit des Angeklagten für unerheblich halte. Generell möchte ich hervorheben, dass es nicht angängig erscheint, etwa gemachte Fehler in der Diagnose und Therapie ohne Weiteres nach dem bei der Obduktion erhobenen Befunde zu beurtheilen. Die Handlungsweise des Angeklagten darf vielmehr nur von dem klinischen Standpunkt aus beurtheilt werden, welchen der praktische Arzt dem lebenden Kranken gegenüber einnimmt. So ist es zum Beispiel leicht, an dem Kadaver nachzuweisen, dass die Frucht dem vierten Monat der Schwangerschaft entsprach, während einem Arzte, der bei Lebzeiten eine Schwangerschaft von 3 oder 5 Monaten angenommen hätte, nicht der Vorwurf grober Unwissenheit gemacht werden kann.

Was die Auskratzung selbst betrifft, so bemerke ich, dass dieselbe an sich schon kein zarter, sondern ein gewaltsamer Eingriff ist, zumal da, wo wie hier, es sich darum handelt, nicht bereits gelöste Partikel, sondern eine fest und innig der Uteruswand aufsitzende Nachgeburt durch Auskratzung zu entfernen. Mit geburtshilflichen Eingriffen theilt auch dieser die Eigenschaft, dass er nur bei Anwendung mehr oder weniger erheblicher Gewalt zum Ziele führt. Macht doch ein bekannter Autor den Anfängern gerade den Vorwurf, dass sie durch ihr schüchternes Abkratzen die ganze Methode der Auskratzung kompromittiren (Dührssen). Dass das Mass der Gewalt hier überschritten worden ist, beweist zwar nicht die Verletzung des Foetus, der dem schabenden Löffel wegen seiner Weichheit keinen Widerstand entgegensetzen konnte, aber die geschehene Perforation. Indessen, für die Bemessung dieser Gewalt giebt es, ausser der Uebung, keinen Massstab. Jede Ausschabung ist fernerhin nicht nur eine gewaltsame, sondern auch eine blinde, da unser Auge nicht dahin reicht, wo wir schaben und kratzen. Es trifft also der Vorwurf der blinden Art und Weise der Auskratzung nicht den Angeklagten, sondern das Verfahren.

Der Angeklagte hat nun weiter, nachdem er mit grosser Mühe die Placenta entfernt hatte, wie er nachträglich sagt, die Ausstossung des Foetus der Natur überlassen wollen. Auch ich muss dieses Verfahren als ein ungewöhnliches bezeichnen. Nach der üblichen Vorschrift hätte er, wenn er überhaupt gewusst hat, dass noch ein Foetus im Uterus befindlich sei, denselben entfernen müssen. Allein hierzu stand ihm nach seinen Kenntnissen und dem Mangel jeglicher Assistenz bei der nicht narkotisirten Frau ein ungefährliches Mittel nicht zu Gebote. Die Herausholung mittelst der Finger fürchtete der Angeklagte, da er sie nie geübt hatte und von anderen Fällen, wobei mit dem Finger der Uterus perforirt wurde, Kenntniss hatte. In der That wäre der Foetus von einem unverletzten Uterus höchstwahrscheinlich bald auf dem natürlichen Wege ausgestossen worden, um so eher, als der Angeschuldigte durch Ausstopfung der Scheide nicht bloss einer Nachblutung vorzubeugen, sondern hierdurch auch Wehen anzuregen beabsichtigte.

Die geschehene Verletzung der Gebärmutter und den Austritt des Foetus in die Leibeshöhle hat der Angeklagte nicht bemerkt. Wäre dies aber auch der Fall gewesen, so war bei der Sachlage eine Rettung der Frau kaum möglich; denn ehe die zu einer Operation nöthigen Instrumente und Assistenz zur Stelle gewesen wären, oder der Transport in ein Krankenhaus hätte erfolgen können, wäre die Kranke an innerer Verblutung, wie geschehen, gestorben. Dass die unterlassene Entfernung einer in die Leibeshöhle durch einen Gebärmutterriss ausgetretenen Frucht ihrerseits, wenn die Patientin nicht an Verblutung gestorben wäre, gleichfalls den Tod der Frau

zur Folge gehabt hätte, kann man wohl mit Bestimmtheit behaupten. Indessen hat die Kranke die eventuelle Folge dieser Unterlassung nicht mehr erlebt, sondern ist an den unmittelbaren Folgen der Gebärmutterzerreissung gestorben, so dass die Frage nach der Fahrlässigkeit des Angeklagten, welche er etwa nach geschehener Perforation zu Tage gelegt habe, nicht aufgeworfen zu werden braucht.

Im Uebrigen hatte derselbe von der geschehenen Perforation keine Kenntniss. Darin aber, dass er die Durchschabung der Gebärmutter und den Austritt des Foetus durch die gemachte Oeffnung nicht selbst bemerkte, können wir eine besondere Fahrlässigkeit oder grobe Unwissenheit nicht erkennen, da ja gerade die Curette bei der Durchschabung nur um wenige Millimeter tiefer eindringt, als sie soll, und nicht etwa, wie die Sonde, mit der man gleichfalls den Uterus leicht perforiren kann, um viele Centimeter.

Ich resümire: Der Angeklagte hat die Auskratzung an sich nach den üblichen Regeln vorgenommen; wenn er dabei die tödtliche Verletzung verursacht hat, so liegt der Grund zum Theil in ungenügender Uebung und Erfahrung, zum Theil in der dem Verfahren selbst wegen seiner Gewaltsamkeit innewohnenden Gefährlichkeit.

III. Giebt es eine angesehene medizinische Schule, nach deren Lehren das Verfahren des Angeklagten an sich zu billigen ist?

Die Behandlung der Aborte hat zu allen Zeiten geschwankt; auch jetzt sind feste Grundregeln, welche schablonenhaft auf jeden Abort anzuwenden wären, nicht aufzustellen. Die Schwierigkeiten liegen zunächst darin, dass die Behandlung je nach dem Zeitpunkt der Schwangerschaft eine verschiedene sein muss. Als Regel gilt es, dass man Aborte in den ersten drei Monaten anders behandeln kann und soll, als Aborte in späteren Monaten. Schon hier ergiebt sich für den, der sich an diese Regel hält, die Schwierigkeit, zu bestimmen, ob eine Abortirende sich im dritten bis vierten oder gar späteren Monat der Schwangerschaft befindet. Es giebt Zustände, wie z. B. Blasenmole oder Hydramnion, in welchen ein zwei- bis dreimonatliches Ei für ein vier- bis fünfmonatliches imponiren kann, und wiederum andere Schwangerschaften, in welchen das Ei erheblich kleiner ist, als dem Alter der Frucht nach zu erwarten ist, oder in denen der Uterus nach Abgang des Fruchtwassers durch sein vermindertes Volumen einen früheren Schwangerschaftsmonat vortäuscht. Die Schwierigkeiten in der Diagnose werden auch von der Schule anerkannt, ein festes Prinzip, welches vorschreibt, dass dieser oder jener Eingriff gerade nur von einem scharf präzisirten Zeitpunkt an bis zu einem genau bestimmten Termin der Schwangerschaft auszuführen ist, wird nirgends gegeben. Vielmehr werden die Grenzen im Zeitpunkt, der die oder jene Massnahme erheischt, innerhalb einer gewissen Breite gezogen. Niemals kann daher eine Behandlungsweise, welche z. B. für den dritten Monat empfohlen wird, im vierten Monat als vollkommen fehlerhaft erscheinen und umgekehrt.

Es kann meine Aufgabe hier nicht sein, die Ansichten der verschiedenen Schulen über alle Einzelheiten der Abort-Behandlung zu erörtern. Hier will ich nur die Prinzipien im Allgemeinen in Betracht ziehen, welche bei einzelnen Schulen für die Behandlung eines Aborts von drei bis vier Monaten massgebend sind und im Besonderen soll die Rolle hervorgehoben werden, welche der scharfe Löffel und die Curette d. h. die sogenannte Auskratzung in den Lehren einzelner Schulen spielt.

Im Allgemeinen muss man die Ausstossung des Eies, d. h. der Frucht und Nachgeburt, durch die Kräfte der Natur, und wenn Kunsthilfe nothwendig ist, die Entfernung desselben auf nicht instrumentellem Wege, mittelst des Fingers, für die zweckmässigste halten. Allein in noch viel zahlreicheren Fällen, als dies bei der Geburt eines ausgetragenen Kindes nothwendig ist, ist die Kunsthilfe des Arztes bei dem Abortus erforderlich. Wenn Blutungen bedrohlicher Art, Fäulniss und Infektion von Seiten der Nachgeburt schon vorhanden sind oder befürchtet werden, ist das Einschreiten des Arztes nothwendig. Bis vor etwa 22 Jahren versuchte man in solchen Fällen durch Wehenmittel (Medikamente) oder durch Tamponade der Scheide und hierdurch bewirkte Erregung von Wehen, eventuell durch Einführen eines Pressschwammes oder Laminaria-Stiftes, bei uneröffnetem Muttermund die Ausstossung des Eies zu befördern. War der Muttermund für zwei bis drei Finger durchgängig, so wurde auf manuellem Wege Frucht sowie Nachgeburt entfernt. Wegen der damals ungenügenden Antiseptik war jedoch auch dieses Verfahren, wie sich leicht feststellen lässt, ein nicht ungefährliches.

Viele Frauen erkrankten an Entzündungen, einige starben an Infektion. Eine neue Wendung in der Abortbehandlung trat ein, als mit der Einführung der Antiseptik in die Geburtshilfe und Gynäkologie Instrumente in Gebrauch gezogen wurden, welche gestatteten, ohne die für die Entfernung der Stücke im Ganzen nöthige Erweiterung der Gebärmutter, den Inhalt aus deren Höhle zu entfernen. Es waren dies der scharfe Löffel und die Curette. So emphatisch auch angesichts der Abkürzung und der glücklichen Beendigung mancher Aborte in früheren Monaten die Anwendung des scharfen Löffels oder der Curette begrüsst wurde, so fehlte es doch nicht an Stimmen, welche vor seiner Anwendung hier und in gynäkologischer Beziehung warnten und vorschlugen, lieber Mittel anzuwenden, welche diese blinde und gewaltsame Manipulation des Ausschabens und Auskratzens verdrängen sollten. Diese Stimmen verhallten im Ganzen fruchtlos. Als ich im Jahre 1888 empfahl,[1]) die Gebärmutter durch Einführung von Jodoformgaze zu erweitern, und mich gegen die Schnelldiagnostik und Schnelltherapie mittelst des scharfen Löffels wandte, wies ich darauf hin, dass der Uterus hierbei sehr häufig durchgeschabt werde. Dem wurde jedoch von vielen Seiten widersprochen und die Gefahr des scharfen Löffels bei unerweitertem Uterus, ebenso die Thatsache, dass die Gebärmutter häufig beim Auskratzen durchgekratzt wird, geleugnet.

Inwieweit angesehene Autoren, zumeist Universitätsprofessoren den schonenden Weg der Abortbehandlung, manuelle Ausräumung nach vorheriger Erweiterung der Gebärmutter, verwerfen und für den Gebrauch des scharfen Löffels, beziehungsweise der Curette eintreten, mögen folgende Citate erläutern, welche zum Theil aus Lehrbüchern, zum Theil aus angesehenen Fachzeitschriften, zum Theil aus Debatten in angesehenen medizinischen Gesellschaften entnommen sind.

Prof. Dr. Dührssen sagt in einer ausführlichen Arbeit „Zur Pathologie und Therapie des Abortus:[2]) In den ersten beiden Monaten der Schwangerschaft genügt die Curette vollständig zur Entfernung des Eies. Da nun die Einführung des Fingers und das Manipuliren mit demselben im Uteruscavum viel schmerzhafter ist, als das Curettement und in manchen Fällen die Narkose erfordert, so empfehle ich für die zwei ersten Monate der Schwangerschaft, den Uterus nur mit der Curette auszuräumen. Auch bei Aborten im dritten Monat giebt es seltene Fälle, in denen man behufs Ausräumung des Uterus nur mit der Curette zu arbeiten gezwungen ist.

. . . Durch diese Art des Vorgehens erspare ich der

[1]) Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. Band XIV. S. 580. Diskussion in der Berliner geburtshilfl. Gesellschaft.

[2]) Archiv für Gynäkologie, Band 31, pag. 173.

Patientin und mir die Unbequemlichkeit einer langwierigen und nicht ungefährlichen Dilatation des Cervikalkanals.

In seinem sehr weit verbreiteten „Geburtshilfliches Vademecum für Studirende und Aerzte", welches bei der mangelhaften Ausbildung der Studirenden auf der Universität der einzige Rathgeber für eine grosse Anzahl von Aerzten ist, und auch dem Angeklagten als Leitfaden diente, sagt Professor Dr. Dührssen: (S 70.) Wenn der drohende Abort nicht mehr aufzuhalten ist, hat man für eine völlige Ausstossung sämmtlicher Eitheile zu sorgen. Nach Beschreibung der Scheidentamponade fährt er fort: „Rationeller ist daher in diesen Fällen die Ausräumung des Uteruscavum, welche bei antiseptischem Vorgehen, Desinfektion der Hände und Instrumente, präliminare Scheiden- und Uterusausspülung absolut gefahrlos ist. Die Ausräumung darf im Allgemeinen nur bis zur Mitte des dritten Monats mit der Curette allein geschehen: in späterer Zeit nur dann, wenn der Eisack im Cervikalkanal liegt und nur noch mit dem unteren Theil der Decidua vera am Uterus adhärirt. (Cervikalabort.)

Der Gebrauch der Curette allein erspart das Eingehen mit dem Finger, ist also lange nicht so schmerzhaft, und macht die Narkose überflüssig."

Ein anderer, als Fachmann bekannter, ausländischer Gynäkologe berichtet in seinen „Beiträgen zur Abortbehandlung",[1]) dass er in den ersten sechs Wochen der Schwangerschaft exspektativ verfährt. „War Temperaturerhöhung vorhanden oder hatte die Schwangerschaft über sechs Wochen gedauert, so haben wir sofort die Entfernung der Nachgeburt oder der zurückgebliebenen Eihäute vorgenommen. Wenn der Muttermund für zwei Finger zugänglich war, so entfernten wir dieselben mit den Fingern. Liess der Muttermund nur die Curette durch, dann haben wir nach gründlicher Ausspülung der Scheide ohne Speculis den Uterus ausgekratzt. Die Auskratzungen nahmen wir in der Weise vor, dass wir dort anfingen, wo sich am leichtesten abkratzen liess, und langsam nach rechts oder links weitergingen; sobald wir dorthin gekommen, wo sich anscheinend die Curette verwickelt oder leicht abglitt, kratzten wir an den Rändern dieser Stelle, d. h. rechts und links und oben. In dieser Weise ist es uns immer gelungen, alles zu entfernen, was nothwendig war. Niemals haben wir irgend einen Nachtheil dabei beobachtet. Wir empfahlen stets, nur die scharfe Curette zu gebrauchen, weil unserer Erfahrung gemäss sie allein sicher alle Eihäute- und Placentareste entfernt."

Ein ebenso energisches Vorgehen räth Harris in seinem Aufsatz: „Abort in einer Stunde".[2]) Derselbe vertritt ein möglichst aktives Verfahren der Abortbehandlung und will dahin streben, dass der Arzt, ausgerüstet mit Durchschnittsgeschicklichkeit, gleich bei dem ersten Besuch einen Abort zu beenden im Stande ist. (Ja, wenn der Muttermund dilatirt, oder wenigstens dilatirbar sei, also in der Mehrzahl, bedürfe man zu seiner Beendigung nur eine Stunde. Er räth, das Ei mit Hilfe von Uhrfederschlingen herauszuholen, die gleichzeitig, wenn sie allseitig gedreht werden, als Curette wirken. Selbstverständlich ist die strengste Antisepsis geboten.")

Noch weiter geht ein französischer Autor, Dr. Pucet,[3]) indem er die von dem Angeklagten eingeschlagene Therapie direkt zur Methode erhebt und vorschlägt, zum Zwecke eines künstlichen Aborts, also noch ehe der Uterus durch irgend welche Wehenthätigkeit eine Erweiterbarkeit vorbereitet hat, die schwangere Gebärmutter auszukratzen. Er räth in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft sich der Auskratzung zu bedienen, welche ein wirksames und gefahrloses Mittel sei, um den Uterus seines Inhalts zu entleeren, und rühmt an seiner Methode die Schnelligkeit des Verfahrens und die Blutersparniss, welche für die Patientin daraus resultirt.

[1]) Jer. Grigoriantz. Centralblatt f. Gynäkologie. 1891. No. 43.
[2]) Centralblatt für Gynäkologie 1893 No. 14.
[3]) Annal de gyn. et d'obstetr. Août 1895.

Prof. Dr. Martin erwähnt in einer Diskussion,[1]) betreffend die Perforation des Uterus durch Kornzange, ausdrücklich als Vortheil der Roux'schen Curette, welche nach fast übereinstimmendem Urtheil anderer Gynäkologen, und meines Erachtens mit Recht, für das gefährlichste aller Auskratzungs-Instrumente gilt, das gerade in solchen Fällen, wo der Uterus erst dilatirt werden müsste, dieses Instrument für die Ausschabung ohne Erweiterung ganz besondere Vortheile darbiete. Wie wenig M. den Gebrauch von unbiegsamen Instrumenten bei der Abortbehandlung widerräth, beweist sein lebhaftes Eintreten für den Gebrauch der Kornzange nach Loslösung der Nachgeburt mittelst des Löffels. In derselben Diskussion wurde von einem Vortragenden ein Fall von Perforation des Uterus mit Vorfall des Darmes und Einklemmung desselben nach Curettement erwähnt. Vier andere Redner theilten sofort je einen gleichen Fall mit. Und während diese fünf Unglücksfälle im Anschluss an Auskratzung im Wesentlichen nur dem Gebrauch der Kornzange zugeschrieben wurden, missbilligte Niemand die Ausschabung als solche: nur von Einzelnen wurde der Gebrauch gerade des Roux'schen Löffels getadelt.

Ueberhaupt werden fast von allen Seiten die Gefahren des scharfen Löffels und insbesondere die Gefahr einer Perforation unterschätzt, sodass Anfänger, welche nach den Vorschriften ihrer Lehrer die Curettage in Anwendung ziehen, zur Ueberzeugung kommen müssen, dass auch eine Perforation nicht viel auf sich habe und somit der Löffel, beziehungsweise die Curette ein völlig unschädliches Instrument sei.

So sagt Prof. Dr. Martin in seinem Lehrbuch[2]): „Dass gelegentlich mit der Curette auch Schaden angerichtet werden kann, ist nicht in Abrede zu stellen. Die in der puerperalen Umbildung begriffene Uteruswand ist besonders nach andauernden Blutungen gelegentlich so weich, dass auch dem vorsichtigsten Operateur eine Durchschabung oder Durchbohrung der Wand nicht erspart bleibt. Sobald diese Komplikation erkannt (aber wie?) und von jeder weiteren Schabung Abstand genommen wird, ist daraus wohl noch nie eine Beschädigung der Frau hervorgegangen. Wenn aber weiter gearbeitet wird, die Zerstörung der Wand des Uterus durch Verletzung der Därme und Liquor ferri Einspritzung in die Bauchhöhle komplizirt wird, dann kommt es allerdings zu sehr bedenklichen Folgen: wer will diese aber der Methode der Ausschabung zu Lasten schreiben?"

In seinem schon früher citirten Vademecum sagt Prof. Dr. Dührssen ferner bei der Schilderung der Technik der Auskratzung (S. 70): „Hierbei muss natürlich die Curette gegen die Uteruswand in gewissem Masse angedrückt werden. Nach abwärts darf man kräftig schaben, nach oben muss die Curette sanft zurückgeführt werden. Uebrigens schadet eine mit einem aseptischen Instrument ausgeführte Perforation des Uterus nichts, falls man nicht hinterher Liquor ferri oder ein anderes Aetzmittel injicirt und falls keine infektiösen Keime im Uterus vorhanden waren."

In einer Debatte über intrauterine Behandlung sagt Geh. Mediz.-Rath Prof. Dr. Olshausen[3]): „Wir wissen schon lange, dass auch ohne jede Kraftanstrengung unter Umständen der Uterus mit der Sonde durchbohrt werden kann. Soll dies mit

[1]) Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkol. Band 30 S. 302.
[2]) Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten 1893 S. 29.
[3]) Verhandl. der Berlin. Gesellsch. für Geburtsh. und Gynäkol. 1894 II p. 224.

der Curette geschehen, so setzt dies freilich schon mehr Ungeschick oder unzartes Manipuliren voraus. Immerhin ist es nicht als unmöglich zu bezeichnen, dass auch einem geübten Operateur dies in einem besonders schwierigen Fall einmal passiren kann. Glücklicherweise hat die Perforation mit der Sonde und selbst diejenige mit der immerhin breiteren Curette fast nie schlimme Folgen, wenn die Läsion sogleich wahrgenommen wird (wodurch?), wenn man nur jede Fortsetzung der Behandlung unterlässt und für einige Tage Bettruhe der Kranken sorgt. Wir sehen solche Fälle bisweilen, da die in den gynäkologischen Kursen von noch Ungeübten ausgeführten Ausschabungen uns dieselben öfter zuführen. Aber die Läsion geht regelmässig ohne weiteren Unfall vorüber."

Bei derselben Debatte bemerkte Herr Prof. Dr. Dührssen[1]) im Gegensatz: Es hat sich eine gewisse Missstimmung gegen das Curettement geltend gemacht, und es ist ja richtig, dass durch das Curettement recht viel Schaden angerichtet wird. . . . . . Als eine solche Ursache möchte ich zunächst das unvollständige Curettement betrachten. . . . . Ferner sieht man, wenn man Studirende und Aerzte in der Technik des Curettements zu unterrichten hat, dass dasselbe viel zu zaghaft ausgeführt wird, dass aus Angst vor Perforation die Curette gar nicht an die Uteruswand angedrückt wird. . . . . Ferner bemerkt derselbe: „Was die Perforation beim Curettement anbelangt, so möchte ich noch einmal hervorheben, dass die Perforation an sich kein Kunstfehler ist. Es giebt solche Uteri, besonders puerperale, wo längere Blutungen dagewesen sind, wo die Curette wie durch Butter hindurchgeht. Man muss eben nur die Perforation erkennen (aber wie?) und wenn man aseptisch vorgegangen ist, so schadet sie auch nichts."

Dieselbe Ansicht über das Curettement, speziell über die Perforation, spricht auch Herr Prof. Dr. Veit[2]) aus; er sagt: Die Gefahr bei dem Gebrauch der Kornzange besteht darin, dass man bei unbemerkter Perforation nothwendiger Weise den Darm fassen muss. Während die Perforation mit den anderen Instrumenten (Sonde, Curette, Löffel) nur bei Infektion oder nachfolgender Injektion differenter Flüssigkeit verderblich werden dürfte.

Aehnlich äussert sich Herr Prof. Dr. Martin über die Perforation des Uterus[3]): Selbst wenn, was ihm selbst und seinen Gehilfen unter Tausenden von Auskratzungen 3mal begegnet ist, der puerperale Uterus unter leisestem Druck mit Sonde oder Curette perforirt war, und nun bei dem vorsichtigen Tasten eine durch die lädirte Uteruswand heruntergedrängte Darmschlinge gefasst worden war, wurde diese Komplikation unmittelbar erkannt, und die Gefahr durch das Oeffnen der Kornzange beseitigt. Der nicht lädirte Darm glitt zurück; seine Patientinnen genasen.

Ich könnte die Zahl der Belege aus neuerer und neuester Zeit noch durch viele Stellen aus Aufsätzen, Diskussionen und Lehrbüchern vermehren, allein schon die angeführten Stellen dürften genügen, um zu zeigen, dass es eine Reihe autoritativer Stimmen giebt, welche eine aktive Behandlung der Aborte und speziell das Curettement dabei sehr lebhaft empfehlen, und selbst den ungeahntesten Unglücksfall dabei, die Perforation, für unschädlich erklären. Nicht mit einem einzigen Wort findet man die Gefahr hervorgehoben, welche, allerdings nicht häufig, nach Perforation des Uterus droht und die im vorliegenden Fall einer Frau das Leben gekostet hat: die Verblutung aus dem Gebärmutterriss.

Immer und immer wird hervorgehoben, die Perforation schadet nichts, wenn man sie bemerkt und aseptisch vorgegangen ist. Man muss jedoch betonen, dass es leider kein Zeichen giebt, an dem der Operateur in jedem Fall bemerken kann, dass er die Gebärmutterwandung mit der Curette durchbohrt hat. Mit der Sonde ist dies einfach: hierbei dringt das eingeführte Instrument, wenn es eine Perforation bewirkt hat, nur ein grosses Stück nach oben vor und man fühlt eventuell den Sondenknopf dicht unter den Bauchdecken; mit der Curette werden jedoch nur kleine Exkursionen in der Richtung von oben nach unten vorgenommen und bei dem jedesmaligen Wiederhinaufführen braucht das Instrument durchaus nicht den Weg durch die Perforationsöffnung nach der Leibeshöhle einschlagen, sondern kann ebenso leicht an der verletzten Stelle vorbeigeführt werden. Unter solchen Umständen bietet sich dem Operateur gar kein sicheres Anzeichen der geschehenen Verletzung. Aber selbst wenn das Instrument durch die Oeffnung in der Gebärmutterwandung hindurch an andere Organe gelangt, so wird nur ein sehr geübter Arzt und vielleicht auch dieser nicht in jedem Falle den falschen Weg bemerken. Den besten Beweis für diese Behauptung liefern ja die oben in der Diskussion der gynäkologischen Gesellschaft in Berlin angeführten Bemerkungen des Herrn Prof. Dr. Martin, der selbst mit seinen Assistenten 3mal die geschehene Perforation an dem mittelst der Kornzange hervorgezerrten Darm erkannte. Gäbe es für alle Fälle ein sicheres Zeichen, um die geschehene Perforation zu erkennen, so hätte es für die genannten Fachmänner nicht erst des Erfassens, Herabziehens und Ansehens der erfassten Darmschlingen bedurft, um ihnen die geschehene Perforation zum Bewusstsein zu bringen. Dasselbe Ereigniss ist übrigens auch anderen sehr geübten Operateuren zugestossen.

Entsprechend den theoretischen Empfehlungen der Autoren wird von der Ausschabung mittelst Curette und scharfen Löffels in der Praxis der ausgedehnteste Gebrauch gemacht, nicht bloss von den praktischen Aerzten, sondern auch von vielen Fachleuten. Man sehe nur, wie in den verschiedenen gynäkologischen, staatlichen und privaten Polikliniken die Ausschabung, man möchte sagen, bei fast jedem sich darbietenden Falle und dazu ambulatorisch gehandhabt wird. Sehen dies Studenten und Aerzte, so muss sich ihnen nothwendiger Weise der Gedanke aufdrängen, dass die Auskratzung zu den nützlichsten und harmlosesten Eingriffen gehört. Dazu kommt aber, dass den Studirenden selbst in der Regel die Gelegenheit vollständig fehlt, die Technik des Auskratzens zu erlernen, geschweige denn zu üben.

Aus den obigen Anführungen geht hervor, dass es angesehene medizinische Schulen giebt, die einer sehr aktiven Behandlung des Aborts das Wort reden und nach deren Lehren das Verfahren des Angeklagten zu billigen wäre, wenn die Frau N. sich im dritten Monat der Schwangerschaft befunden hätte. Wie aber aus der Obduktion ersichtlich, befand sich die Frau im vierten Monat und so hat der Angeklagte bei seinem Vorgehen zeitlich die von der Schule gezogene Grenze überschritten. Aber eine streng sachliche Differenz zwischen den Empfehlungen des Auskratzens im dritten und im vierten Monat der Schwangerschaft ist nicht vorhanden, denn der Grund für die Vorschrift, dass die Auskratzung nur bis zum dritten Monat vorgenommen werden soll, ist in der Annahme gelegen, dass die eigentliche Nachgeburt sich erst im dritten Monat der Schwangerschaft bildet. Es ist jedoch gegen diese Vorschrift, welche die Indikation des Operationsverfahrens von dem Zeitpunkt der Schwangerschaft abhängig macht, einzuwenden, dass einmal die Zeitdauer derselben nicht immer scharf zu bestimmen ist, — Irrthümern über drei bis vier Wochen ist auch der Geübteste ausgesetzt. — dann ist

[1]) Ibidem I. S. 223.
[2]) Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkol., Band. 30, S. 299.
[3]) Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkol., Band 30, S. 302.

die Placenta selbst unter Umständen schon nach acht Wochen fertig gebildet und endlich besteht durchaus kein Zusammenhang zwischen der Zeitdauer der Schwangerschaft überhaupt und der Gefahr einer Gebärmutterverletzung durch das Auskratzen. Meines Erachtens ist das Auskratzen einer schwangeren Gebärmutter ohne vorherige Erweiterung gleichmässig gefährlich, ob sie sich im dritten oder vierten Monat der Schwangerschaft befindet. Ich würde daher dem Angeklagten wegen des zeitlichen Ueberschreitens der von angesehenen Schulen aufgestellten Indikation den Vorwurf der Fahrlässigkeit nicht machen.

Nach alledem gebe ich mein Gutachten dahin ab:

1. Die Anwendung der Curette war objektiv in dem vorliegenden Falle nicht angezeigt. Nach Lage der Sache aber konnte der kritiklose, unerfahrene, in verba magistri schwörende Angeklagte die Anwendung derselben für angezeigt und ungefährlich halten.

2. Die Ausführung der Operation an sich war eine sachgemässe.

In dem blinden und gewaltsamen Verfahren der Auskratzung einerseits, in der Weichheit und Lockerheit der schwangeren Gebärmutterwandung andererseits ist es begründet, dass dieser bedauerliche Unglücksfall sich ereignet hat.

Der angeklagte Arzt wurde freigesprochen.

Lebensversicherung und Ohr.

Einige Bemerkungen zu dem unter gleichem Titel in No. 12 dieser Zeitung von Dr. Felix Peltesohn veröffentlichten Artikel.

Von

Dr. Gollmer,

Arzt der Lebensversicherungsbank zu Gotha.

Peltesohn hat sich auf Grund der im letzten Dezennium in der Ohrenheilkunde namentlich nach der therapeutischen Seite zu verzeichnenden grossen Fortschritte veranlasst gesehen, im Interesse sowohl der Versicherungskandidaten, als auch der Lebensversicherungsanstalten neue Grundsätze für die Beurtheilung der Ohrenaffektionen, insbesondere der chronischen Mittelohreiterung zu fixieren. Er verlangt, kurz gesagt, vor allem, dass mit letzterer behaftete Antragsteller in Zukunft nicht mehr definitiv abgewiesen werden, sondern von den einzelnen Anstalten die Anweisung erhalten sollen, sich unverzüglich in spezialistische Behandlung zu begeben, um dann je nach deren Erfolge vielleicht schon nach Ablauf eines Jahres und je nachdem, ob die gleichzeitige Trommelfellperforation mit zum Verschluss gekommen ist oder nicht, ohne bezw. mit erhöhter Prämie anstandslos Aufnahme finden zu können. P. schliesst seinen Artikel mit der Hoffnung, dass die Versicherungsgesellschaften, ihre Vertrauensärzte und die zu versichernden Personen sich die neuen Grundsätze zu eigen machen und danach handeln werden.

Dieser Appell ist, soweit er an die Vertrauensärzte gerichtet ist, insofern völlig zwecklos, als diese bei keiner Versicherungsanstalt mit der eigentlichen Begutachtung von Antragstellern auf ihre Versicherungsfähigkeit etwas zu thun, sondern ausschliesslich den Gesundheitsstatus zu ermitteln haben, — eine Funktion, für die in Peltesohn's Augen die meisten von ihnen überhaupt unqualifiziert sind, und der selbst die im Untersuchen geübteren nicht einmal soweit gewachsen sein sollen, um im gegebenen Falle unterscheiden zu können, ob im Gehörgange vorhandene flüssige Massen von schlechtem Geruch das Produkt einer chronischen Mittelohreiterung seien oder nur von einer durch Einwirkung äusserer Schädlichkeiten bedingten Reizung und Entzündung der Gehörgangshaut herrühren. Der Peltesohn'sche Appell geht daher, soweit die Partei der Versicherer dabei in Betracht kommt, nur die Lebensversicherungsgesellschaften oder, richtiger gesagt, die am Sitze jeder einzelnen als medizinische Berather fungirenden Bank- bezw. Gesellschaftsärzte an und bedeutet für diese nicht mehr und nicht weniger als einen indirekten Vorwurf der Rückständigkeit auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde. Ein derartiger Vorwurf ist jedoch, soweit er gegen die Lebensversicherungsgesellschaften im Allgemeinen gerichtet ist, nichts weniger als berechtigt.

Was die Gothaer Lebensversicherungsbank anlangt, so hat dieselbe nach Ausweis der Akten schon im Januar 1869 von dem bekannten Würzburger Otologen v. Troeltsch ein Gutachten über die Beurtheilung der chronischen Mittelohreiterung eingeholt. Dieses Gutachten ist als solches zwar nicht mehr vorhanden, wird aber in einem Briefe erwähnt, welcher von demselben Autor kurz darauf an die Bankverwaltung auf deren Anfrage in Betreff eines ganz speziellen Falles gerichtet wurde. Was darin allgemein interessirt, ist vor allem v. Troeltsch's Warnung vor der so verbreiteten Anschauung, „nur von der Karies des Felsenbeins, nicht aber schon von der einfachen Otorrhoe oder eitrigen Entzündung der Weichtheile des Ohres Schlimmes zu fürchten." Bemerkenswerth sind darin aber auch seine Bedenken, es möchten sehr viele Laien und selbst Aerzte bei der bisherigen Frage im Formulare für vertrauensärztliche Zeugnisse: „Wie sind die Sinnesorgane beschaffen?" nicht daran denken, dass hier eine Ohreiterung eine besondere Erwähnung verdiene, und schliesslich sein nochmaliger Hinweis, die Frage nach dem Zustande des Ohres in der früher von ihm schon empfohlenen Weise zu präzisiren. Wie in der Folge bei Behandlung der Ohrenfälle den Direktiven v. Troeltsch's Rechnung getragen wurde, lässt sich nicht so ohne Weiteres eruiren. Es würde dazu erst einer umständlichen und zeitraubenden Durchmusterung aller in jene Zeit fallenden nach vielen Tausenden zählenden Anträge bedürfen. Dass aber nach dieser Richtung noch ganz besondere Hindernisse obgewaltet haben müssen, geht schon daraus hervor, dass die bis dahin allgemein gefasste Frage nach der Beschaffenheit der Sinnesorgane bis zum Jahre 1886 unverändert fortbestand. Zur Aenderung des bisherigen Verfahrens bedurfte es erst eines besonderen Anlasses, und dieser wurde durch 2 Sterbefälle gegeben, die Ende 1885 kurz hintereinander bei der Gothaer Bank zur Anmeldung kamen, und in denen chronische Mittelohrentzündung mit ihren Folgen nach drei- bezw. fünfmonatlicher Versicherung die Todesursache war. Beide Male war das genannte Ohrenleiden von den zuständigen Vertrauensärzten bei der Aufnahme theils ganz übersehen, theils als vollständig abgelaufen bezeichnet worden. Auf Anregung des Verfassers wurde jetzt allen Vertrauensärzten, die sich mit den speziell auf das Ohr bezüglichen Untersuchungsmethoden nicht genügend vertraut fühlten, aufgegeben, fortan in jedem nicht ganz klaren Falle von Mittelohrkatarrh eine spezialärztliche Untersuchung zu veranlassen, und wo diese unterblieb, wurde sie bankärztlicherseits nachgefordert. Gleichzeitig erfuhr bei der nächsten Neuauflage der genannten Formulare noch in demselben Jahre die bisherige Frage: „Wie sind die Sinnesorgane beschaffen?" den Zusatz: „Insbesondere: Ist oder war Ohrenfluss, ist eine Trommelfelllücke vorhanden?" Und um das bankärztliche Interesse an einer sorgfältigen Ermittlung des Ohrenbefundes noch mehr zu bekunden, wurden schliesslich 1894 zwei besondere Unterfragen, wie sie noch heute bestehen, formulirt: a) „Ist Ohrenfluss, ist eine Trommelfelllücke vorhanden?" und b) „Hat jemals Ohrenfluss bestanden und wann?"

Nach diesen geschichtlichen Daten ist also bei der Gothaer Bank seit 1886 gegenüber der Mittelohreiterung ein Auslese-

verfahren üblich, das sich bisher nicht am wenigsten auch für die Antragsteller durchaus bewährt hat. So wurden beispielsweise in den letzten vier Jahren 1896—1899 unter ca. 26000 Versicherungskandidaten 320 ermittelt, bei denen früher Mittelohrkatarrh bestanden hatte und nachgewiesenermassen bis auf eine persistente vorwiegend einseitige Trommelfellperforation in 121 Fällen geheilt worden war. Sie wurden alle je nach der Lage des einzelnen Falles unter den gewöhnlichen oder unter erschwerenden Bedingungen ohne weiteres versichert. 114 Antragsteller aber, die zur Zeit der Untersuchung mit Otorrhoe behaftet gefunden wurden oder den Verdacht erweckten, dass eine solche noch nicht genügend lange geheilt sei, wurden abgewiesen. Und was die Otorrhoe als Todesursache unter den Versicherten anlangt, so ist dieselbe im Laufe der Jahre so selten zur Beobachtung gekommen, dass es sich garnicht lohnen würde, davon besondere Notiz zu nehmen.

Und wie die Gothaer Bank, so verfahren vermuthlich schon längst auch alle anderen Lebensversicherungsanstalten gegenüber der Mittelohreiterung, ja sie können diese gar nicht anders bewerthen, um bei dem grade auf dem Gebiete der Lebensversicherung sich immer schwieriger gestaltenden Kampfe ums Dasein überhaupt konkurrenzfähig zu bleiben. Und dass auch schon bei anderen Anstalten das Interesse für die Ohrenkrankheiten, wie bei „Gotha" frühzeitig rege gewesen ist, beweist beispielsweise die im Jahre 1880 erschienene, von der „Viktoria" angeregte und von Professor Trautmann verfasste kleine Broschüre „über die Bedeutung vorhandener oder überstandener Ohrenleiden gegenüber Lebensversicherungsgesellschaften."*) Sie sollte für Vertrauensärzte eine Instruktion bei der Untersuchung des Ohres sein und kann auch heute noch trotz der seitdem vergangenen 20 Jahre zu diesem Zwecke als vollkommen mustergültig angesehen werden.

Bedeuten nun die von Peltesohn empfohlenen neuen Grundsätze speziell in Bezug auf die Beurtheilung der chronischen Mittelohreiterung etwas Anderes, als was bisher in der Lebensversicherungspraxis schon längst gäng und gäbe war? Nicht im Mindesten. Auch Peltesohn will alle mit Otorrhoe behafteten Antragsteller abgewiesen wissen. Wenn das aber nur auf Zeit (bis zur endgiltigen Heilung) geschehen und den einzelnen Versicherungsanstalten dabei die Rolle zufallen soll, die betreffenden Antragsteller zu einer möglichst bald einzuleitenden spezialärztlichen Behandlung anzuhalten, so beweist diese Forderung vollends, dass Peltesohn in das Getriebe bei der Lebensversicherung nicht genügend eingeweiht ist. Er berücksichtigt nicht genug, dass die Personen, die sich mit einem durchaus heilbaren Leiden, wie die chronische Mittelohreiterung, bis ins Mannesalter herumschleppen, allermeist messerscheu oder indolent sind, lieber erst bei einer Anstalt nach der anderen eventuell mittelst falscher Deklaration ihr Heil versuchen und sich die Chancen, versichert zu werden, vollends verscherzen, als sich der erforderlichen ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Vor Allem aber hat Peltesohn dabei ganz ausser Acht gelassen, dass nach den Beschlüssen des deutschen Aerztetages von 1894 weder den Vertrauensärzten, noch den Lebensversicherungsanstalten das Recht zustehen soll, Antragsteller selbst von Krankheitszuständen, die der Heilung zugänglich sind und darum eventuell nur vorübergehend zur Lebensversicherung untauglich machen, in Kenntniss zu setzen. Jedenfalls können also die Lebensversicherungsanstalten prinzipiell nicht berufen sein, jeden mit Mittelohrkatarrh behafteten Antragsteller darauf hinzuweisen, dass die Versicherung von der Heilung dieses Katarrhs abhängig sei.

*) Berlin 1880. Druck von Ernst Siegfried Mittler und Sohn.

Will Peltesohn sein Interesse an dem materiellen Wohle der Ohrenkranken in die That umsetzen, bleibt meines Erachtens kein anderer Ausweg, als auf das grosse Laienpublikum direkt einzuwirken und die Kenntniss nicht nur von den leiblichen Gefahren der Mittelohreiterung, sondern auch von ihren eventuell unliebsamen Folgen auf die Bethätigung der Fürsorge für die Familie, wie es die Lebensversicherung ist, zu verbreiten zu suchen. Sollte es auf diese Weise gelingen, die Zahl derer, die alljährlich wegen Mittelohrkatarrhs abgewiesen werden müssen, zu mindern, so wäre das ein Erfolg, mit dem zufrieden zu sein die einzelnen Lebensversicherungsanstalten nicht in letzter Linie alle Ursache haben würden.

Hierzu bemerkt Herr Dr. Felix Peltesohn Folgendes:

Der obige Artikel erweckt den Anschein, als wenn ich gegen die bei einer Lebensversicherungsgesellschaft als medizinische Berather angestellten Aerzte irgend welche Vorwürfe erhoben hätte. In meinem Artikel findet sich jedoch nur der Ausdruck „Vertrauensarzt", und so heissen alle diejenigen vielen Aerzte, die einen Antragsteller auf seine Aufnahmefähigkeit zu untersuchen und ihren Befund in die vorgeschriebenen Fragebogen einzutragen haben. Von diesen war allein die Rede. Davon, dass diese Vertrauensärzte, zu denen in Berlin viele meiner Freunde zählen „zur Ermittelung des Gesundheitsstatus überhaupt unqualifizirt" sind, steht in meinem Artikel überhaupt Nichts drin.

Dass „die meisten Aerzte, also auch die Vertrauensärzte, gar nicht im Stande sind, sich ein Urtheil über den wahren Zustand des Gehörorgans eines Antragstellers durch eigene Anschauung und Prüfung zu verschaffen", halte ich auch noch heute aufrecht und weiss mich in dieser Anschauung mit anderen Ohrenärzten einig. Ich erinnere nur an den von mir angezogenen Artikel Koerners in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde.

Der Herr Verfasser scheint entrüstet zu sein, dass ich den Vertrauensärzten nicht einmal ein sicheres Urtheil darüber zutraue, ob z. B. im Gehörgange vorhandene flüssige Massen von schlechtem Geruch aus dem Mittelohr stammen und das Produkt einer chronischen Eiterung sind oder ob sie nur von der Reizung und Entzündung der Gehörgangshaut herrühren, die vielleicht dem Eindringen von schmutzigem Badewasser, dem Eingiessen von ranzigem Oel und dem zufälligen Vorhandensein von Pilzen ihr Dasein verdankt. Ich versichere aber den Herrn Verfasser, dass diese Unterscheidung sehr schwierig werden kann, wenn es sich z. B. um eine Eiterung im Kuppelraume handelt mit einer ganz kleinen Fistel am oberen Pol. Für den Fall, dass sich der Herr Verfasser sicher genug fühlt, diesen Unterschied in jedem Falle genau zu beurtheilen, so bemerke ich meinerseits, dass man, um zu einer Sicherheit des Urtheils bei Ohrenkrankheiten zu kommen, nicht nur gelegentlich, sondern täglich Ohren untersuchen muss.

Herr Dr. G. glaubt, dass ich „in das Getriebe bei der Lebensversicherung nicht genügend eingeweiht" bin. Ich habe mir jedoch eine ausreichende Kenntniss dieses Getriebes erworben in früheren Jahren, wo ich als einziger Arzt in einer kleinen Stadt für die verschiedensten Lebensversicherungsgesellschaften Untersuchungen gemacht habe und in späteren Jahren als Ohrenarzt, wenn ich zu Obergutachten herangezogen wurde. Diese letztere Thatsache führt mich zu den Bemerkungen des Herrn Verf. über, dass die Gesellschaften und ihre Aerzte weder berechtigt noch berufen seien, Aufklärungen über den Abweisungsgrund zu geben oder Rathschläge zu ertheilen, wie man durch Heilung von Schäden aufnahmefähig gemacht

werden könne. Diese Bemerkung verräth eine Härte in der Auffassung von dem Wesen der Lebensversicherungsgesellschaften, wie sie in Wirklichkeit gar nicht existirt. Die Lebensversicherungsbanken sind nicht blos Geldinstitute, die möglichst hohe Dividenden herauszuschlagen bemüht sind, sondern haben eine grosse soziale Aufgabe zu erfüllen und in diesem Sinne auch stets gewirkt. Die Gellschaften finden, wenn sie wollen, immer eine legale Gelegenheit Rathschläge in meinem Sinne zu ertheilen, und ich habe selbst mehrfach Gelegenheit gehabt zeitlich abgewiesene und zur Heilung ihrer Ohrenkrankheit angehaltene Antragsteller zu behandeln. Daher rührt auch meine Kenntniss der einschlägigen Materie und daraus gewann ich die Anregung zu meinem Artikel.

Herr Dr. G. bemüht sich unnöthigerweise zu beweisen, dass seine Lebensversicherungsbank und „vermuthlich" auch andere den Erkrankungen des Gehörorgans grosse Aufmerksamkeit geschenkt hat. Ich habe ja gar nicht das Gegentheil behauptet. Das Vorhandensein eines Gutachtens von dem grossen Ohrenarzte v. Tröltsch und eine vor zwanzig Jahren erschienene Broschüre Trautmanns beweisen gar Nichts für den Verfasser, sondern zeigen nur, dass mein Artikel am Platze war.

Wenn Herr Dr. G. meinen durchaus anspruchslosen Artikel noch einmal seine ira et studio lesen will, so wird er bei gutem Willen doch einiges Neue und für die Lebensversicherung Werthvolle finden. Ich erinnere namentlich nur an die ganz flüchtig zum Schluss gemachte Bemerkung über die Vorsicht, deren sich Lebensversicherungsgesellschaften bei akuten Ohrenentzündungen zu bedienen haben werden: Die Thatsache, dass Monate nach vollkommener Restitution des Gehörs, Wiederkehr aller Kontouren des Trommelfells und absoluter Schmerzfreiheit namentlich nach der Invasion von Pneumokokken noch Abscesse im Warzenfortsatze und an der Dura Mater vorkommen können, ist so neu und überraschend, dass sie sicher weder im Gutachten von Tröltsch noch in der Broschüre Trautmann vorkommen dürften.

Ich betrachte hiermit die vorliegende Angelegenheit als beendigt und werde mich nicht mehr dazu äussern.

Referate.

Allgemeines.

Kasuistisches zum Hungertod.

Von Dr. Hartmann. Kgl. Bezirksarzt in Pfaffenhofen.
(M. M. W. 1900. No. 32.)

Die genau beschriebenen Fälle von Hungertod sind in der ärztlichen Litteratur selten, jede einzelne Beobachtung verdient daher veröffentlicht zu werden. In einem rauhen ärmlichen Dorfe hart am Böhmerwald lebte ein über 70jähriger Greis, der seit längerer Zeit kindisch und schwerfällig war, im Armenhause, wohin ihm von den verschiedenen Gemeindemitgliedern sein Essen geschickt wurde. Vom 21. September 1899 ab ist der alte Mann von seinen Ernährern einfach vergessen worden. Am 5. Oktober fand man ihn tot in seinem Bett.

Die Leichenöffnung ergab folgenden Befund: Leichenstarre ist nicht mehr vorhanden, Totenflecke fehlen. Fäulniss- oder Verwesungsgeruch ist nicht warzunehmen. Das Fettpolster ist einen halben Centimeter und darüber dick. Der ganze Körper ist sehr blutleer. Nur in den grossen Gefässen des Rumpfes, in den Vorhöfen und in der rechten Herzkammer findet sich etwas dunkles flüssiges Blut. Blutige Durchtränkungen irgendwelcher Körpertheile fehlen. Alle Schlagadern sind verfettet und zum Theil verkalkt. Nirgends aber gelingt es, eine Zerreissung oder Verstopfung zu finden. Im Hinterhauptstheil des Grosshirns besteht eine haselnussgrosse Cyste mit wasserklarem Inhalt. Ein paar sehr kleine Blutungen enthält der Magengrund. Der untere Theil des absteigenden Dickdarms wird von einigen festen grünschwarzen Kotbröckeln ausgefüllt. Sonst ist der ganze Magendarmkanal leer. Die Harnblase enthält eine mässige Menge nicht übelriechenden Harns.

Die Zeugenaussagen liessen an der Thatsache des Hungertodes keinen Zweifel. Im Einklang damit steht die Leere des Verdauungskanals, das Vorhandensein sogenannten Hungerkots und die Blutleere, welche Letztere aber auch theilweise durch die Greisenhaftigkeit des Verstorbenen erklärt wird. Jedenfalls hätte der Mann unter seinen gewöhnlichen Ernährungsverhältnissen noch eine Zeit lang leben können.

Nach dem Zustande der Leiche kann der Tod erst kurz vor der Auffindung des Toten erfolgt sein. Zwölf Tage lang hat also ungefähr der gebrechliche Alte die völlige Entziehung von Speise und Trank ertragen. Offenbar war er ein gewisses Mass von Hungern gewöhnt.

Merkwürdig ist das Erhaltensein einer ziemlich bedeutenden Fettschicht im Unterhautzellgewebe. Verf. macht sich Rindfleisch's Erklärung zu eigen. Nach einer gewissen Zeit des Hungerns sinkt bei dem ohnehin siechen Manne die Lebensenergie derartig, dass die bei rüstigen Menschen in solchem Falle hülfreich eintretende „Selbstverzehrung", das Zehren vom eigenen körperlichen Bestande, ausbleibt und die tödtliche Erschöpfung daher verhältnissmässig schnell eintritt.

Ueber den Befund bei Erstickung durch Einwirkung auf den Hals.

Von Prof. Dr. Messerer.
(M. M. W. 1900 No. 21.)

Der Haupttheil der ausführlichen Arbeit bietet eine übersichtliche Darstellung bekannter Thatsachen über den Erhäugungs- und Erdrosselungstod. Wir beschränken uns auf Wiedergabe der an wichtigen Einzelheiten reichen Beschreibung eines bestimmten Rechtsfalls.-

1896 wurden in München die Bewohner eines verschlossenen 3. Stockwerks, eine Dame von 79 Jahren, deren kränkliche 52jährige Tochter und die gleichfalls leidende 55jährige Köchin tot aufgefunden. Die Leichen waren vollständig bekleidet. Bei allen dreien fanden sich Erwürgungsspuren.

Bei der Tochter, J. R., zeigte der Hals in Kehlkopfhöhe links eine braunrothe bandförmige Hautvertrocknung, darunter noch zwei runde Vertrocknungsstellen von je Pfennig-Grösse. An den entsprechenden Stellen im Unterhautzellgewebe bestanden starke Blutergüsse. Ein solcher erstreckte sich in der Scheide der linken grossen Halsgefässe abwärts, ein kleiner Einriss bestand in der inneren Wand der Halsschlagader. Die Hautabschürfungen sind typisch. Sie sind die Spuren von Fingereindrücken. Da der Mörder meist mit der rechten Hand zugreift, müssen sie links liegen.

Bei Frau R. fehlen diese Hautabschürfungen. Nur dicht an den Schlüsselbeinen waren Blutergüsse im Bindegewebe vorhanden. Wiederum war die Innenhaut der linken Halsschlagader, sogar an 3 Stellen, eingerissen. Das Fehlen der Schürfungen ist hier sehr erklärlich: der Griff war an einer bekleideten Stelle erfolgt. Sehr deutlich waren neben den inneren Zeichen der Erstickung die äusseren eines stattgehabten Kampfes: eine grosse Beule an der Stirn, eine kleine Blutunterlaufung am linken Augenbrauenbogen, eine solche auf der linken Wange und drei Hautschürfungen an der rechten Hand.

Die Köchin G. bot einen eigenartigen Befund infolge eines Cystenkropfs, den sie rechterseits hatte: Die Cyste war mit frischem Blut gefüllt, das Drüsengewebe in ihrer Umgebung

mit geronnenem Blut durchsetzt. Ausserdem war das rechte Zungenbein vorn an seinem Ursprung abgebrochen, ohne dass hier die Spur eines Blutaustritts zu sehen war. Das ist ein Beispiel von während des Lebens erfolgter Verletzung ohne vitale Reaktion. Es ist dahin zu erklären, dass im selben Augenblick, wo die Verletzung entstand, die Blutzufuhr durch dieselbe äussere Gewalt abgesperrt worden ist. Bei der G. waren auch die äusseren Erstickungszeichen am stärksten: Neben Blaufärbung und zahllosen punktförmigen Blutaugen der Haut auch Einklemmung der Zunge zwischen die Zähne. Als Zeichen des vorausgegangenen Kampfes trug die G. Blutunterlaufungen am linken Unterarm und rechten Unterschenkel.

An den Sachverständigen wurde die Frage gerichtet, ob ein einzelner Mensch den dreifachen Mord ausgeführt haben konnte. Sie war, da es sich um schwache, kränkliche Frauen handelte, zu bejahen.

Verf. nimmt an: Der der That verdächtige und trotz seines Leugnens schliesslich verurtheilte Maurer B. hat vorgegeben, an der Wasserleitung des Aborts etwas ausbessern zu müssen. Er hat wahrscheinlich die ihm vorangehende G. mit der linken Hand fest am linken Oberarm gepackt, mit der rechten von hinten gewürgt (Hautveränderungen rechts am Halse!). Frau v. R. dürfte dazugekommen sein und mit dem B. gekämpft haben, bis sie unterlag. Diese beiden Leichen wurden auf dem Abort gefunden. Zuletzt, meint M., wird B. im Wohnzimmer Fräulein R. erwürgt haben (sie wurde dort aufgefunden). Hierbei ist es freilich zunächst unklar, dass Frau R. bei dem offenbar gehabten Kampfe nicht um Hilfe gerufen und ihre Tochter dadurch herbeigelockt haben sollte. Vielleicht hat B. zunächst der Frau R. nur die Luftröhre zusammengedrückt oder sie sonst am Schreien verhindert, ohne ihre anderen Abwehrbestrebungen gleich unterdrücken zu können.

Chirurgie.

Zur Kenntniss der akuten Osteomyelitis.

Aus dem Luisen-Hospital in Aachen.
Von Dr. E. Koch, eh. Ass.
(Münchener medizinische Wochenschrift No. 25, 1900.)

Das Krankheitsbild der akuten Osteomyelitis ist in den letzten zehn Jahren erheblich geklärt worden. Das gilt besonders in Bezug auf diejenigen Fälle, in welchen das Krankheitsbild solche Knochenstellen befallen hat, die nahe an Gelenken oder Körperhöhlen gelegen sind. Manche früher dunkle Gelenkerkrankung ist auf kleine primäre Herde von akuter Osteomyelitis in den Epiphysen zurückzuführen. Kleine akute Rippenherde können rasch schwere Empyeme der Brusthöhle verursachen, akute Abscesse im Schädelinneren verdecken durch die Schwere der hervorgerufenen Krankheitserscheinungen eine primäre Osteomyelitis des Schläfenbeines. Mit der akuten Osteomyelitis der Wirbelsäule wurde vor zehn Jahren kaum gerechnet; neuerdings hat man gelernt, dass schwere akute, scheinbar primäre spinale Erkrankungen, verhältnissmässig oft mit tödtlichem Verlauf, auf kleine akute ostitische Wirbelherde zurückzuführen sind. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei der akuten Ostitis des Brustbeines, einer Erkrankung, die zwar nicht häufig ist, die aber wegen der diagnostischen Schwierigkeiten und der durch die Nähe des Mediastinums und der Brusthöhlen bedingten Verwickelungen besonderes Interesse für sich in Anspruch nehmen darf. Verfasser theilt einen derartigen, glücklich verlaufenen Fall ausführlicher mit.

Der erblich in keiner Weise belastete Kranke, ein 30jähriger Mann, war plötzlich unter hohen Fiebererscheinungen und heftigen Schmerzen in der Magengegend erkrankt. Erst am achten Krankheitstage lokalisirte sich der Schmerz in der Brustbeingegend, die Haut röthete sich und es kam nach einigen Tagen zu einem Abscess, dem bald die Entwickelung eines zweiten folgte. Beim Aufschneiden derselben entleerte sich dicker grüner Eiter mit Blut untermischt. Es wurden allmählich aus beiden Incisionswunden Fisteln, welche bald stärkere, bald geringere Eitersekretion unterhielten. Der Kranke kam immer mehr herunter, so dass zu einem gründlichen Eingriff geschritten werden musste. Dabei erwies sich der ganze Körper des Brustbeines als eiterig-sulzig infiltrirt, der grösste Theil des Perikards war gleichfalls dick mit schmierigen Granulationen bedeckt; auf der hinteren Seite des Brustbeines fanden sich mehrere von selbst gelöste Sequester von echt akut osteomyelitischem Gepräge. Nach gründlicher Entfernung aller erkrankten Theile ward die Wundhöhle mit Jodoformgaze ausgefüllt. Die Heilung ging verhältnissmässig schnell von statten, der Kranke wurde vier Wochen nach der Aufnahme mit einer Gewichtszunahme von 24 Pfund entlassen. —y.

Klinisches und Bakteriologisches über „Gangrène foudroyante“.

Aus der chirurgischen Klinik und dem Hygiene-Institut der Universität Zürich. Von Dr. G. Hämig und Dr. W. Silberschmidt.
(Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte No. 12, 1900.)

Im Anschluss an zwei ausführlicher mitgetheilte Fälle von foudroyanter Gangraen erörtert Verfasser einige bakteriologische und klinische Fragen, die sich auf dieses Krankheitsbild beziehen. Der Bacillus des malignen Oedems, der in beiden Fällen vorgefunden wurde, ist jedenfalls nicht die alleinige Ursache der schweren Wundinfektion; wahrscheinlich ist dabei auch noch ein anderer Mikroorganismus im Spiele und handelt es sich um eine Doppelinfektion. In therapeutischer Beziehung kommt nur die möglichst frühzeitige Amputation in Frage. Von grosser Wichtigkeit ist die Prophylaxe. Ebenso wie der Arzt in jedem Falle von noch so leichter Verletzung und Infektion der Wunde mit Erde, Holzsplitter etc. an Tetanus denken muss, ebenso sehr ist es angezeigt, bei schweren komplizirten Frakturen die Möglichkeit einer Gasgangraen im Auge zu behalten. Mit chemischen Desinfektionsmitteln allein ist kaum etwas zu erreichen; immerhin kann man einen Versuch mit 1—3 Prozent-Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd machen. —y.

Ueber die Fettembolie des Gehirns.

Von Dr. Hämig.
(Beiträge z. klin. Chir. von v. Bruns, Bd. 27, H. 2, S. 383.)

In der Zeit vom Mai 1898 bis Dezember 1899 wurden in der Züricher chirurgischen Klinik 5 tödtliche Ausgänge nach Fettembolien beobachtet. In dieser Zeit wurden 377 Patienten mit Frakturen aufgenommen, von denen etwa 40 starben. 176 Kranke wiesen subkutane Frakturen der langen Extremitätenknochen auf, 43 offene, davon starben 9 und zwar 5 mit subkutanen, 4 mit offenen Frakturen. In 5 Fällen, die sich nach an sich nicht lebensgefährlichen Verletzungen ereigneten, konnte als Todesursache nur ausgedehnte Fettembolie konstatirt werden. Alle wiesen neben der Fettembolie der Lungen diese auch in den Organen des grossen Kreislaufes, insbesondere in Herz und Gehirn auf. Die Symptome weisen bei allen auf Hirnstörungen. Für die letal endende Hirnfettembolie wäre das Bild folgendes: Ein Individuum erleidet irgend ein das Knochensystem in Mitleidenschaft ziehendes Trauma; abgesehen von der Verletzung ist das Befinden zunächst ungestört, erst nach Stunden oder Tagen traten theils mit, theils ohne Fieber auf Gehirnstörungen weisende Symptome auf

selten isolirte Lähmungen, Brechen oder spastische Zustände meist mit vorausgehenden oder fehlenden Delirien zunehmendes Coma, in dem die Patienten zu Grunde gehen. —

Das freie Intervall beträgt 6 Stunden bis 9 Tage und hängt wahrscheinlich mit dem schnellen oder langsamen Durchtreten des Fettes durch die Lunge zusammen. Das Vorhandensein des Fettes in den Gehirngefässen braucht durchaus keine Störungen zu machen. Die Gehirnerscheinungen werden wahrscheinlich erst ausgelöst durch die embolischen Hämorrhagien und Thrombosirungen. Warum diese in diesem oder jenem Falle auftreten oder ausbleiben, warum früher oder später, ist nicht bekannt. — Payr's Status thymicus sive lymphaticus konnte in den 5 Fällen Hämig's nicht gefunden werden. — Die Körpertemperatur bei letaler Fettembolie ist verschieden, einige Fälle zeigen Fieber, andere Temperaturerniedrigungen. Hämig's Fälle weisen sämmtlich hohes Fieber auf, bei 2 Fällen mag eine beginnende lobuläre Pneumonie die Temperatur beeinflusst haben, bei den andern fehlt jedes Fieber machende Moment. In einem Fall steigerte sich die Temperatur von 42,7° post mortem auf 44° und fiel erst nach 6 Stunden auf 42°. — Das selten beobachtete und noch nicht hinreichend erklärte Delirium nervosum bei Frakturkranken kann als eine sekundäre Wirkung der Fettembolie des Gehirns aufgefasst werden. Auch dürfte in der durch Fettembolie veranlassten Alteration des Gehirns die Thatsache eine Erklärung finden, dass bei Potatoren viel häufiger Delirien auftreten nach Frakturen, als nach Weichtheilverletzungen oder Operationen. — Auch die Temperatursteigerungen nach subcutanen Frakturen, die man auf Resorptionsvorgänge bezog, möchte H. für einen Theil der Fälle aus der Fettembolie des Gehirns herleiten. — Payr schlug vor, 2 Formen von Fettembolie zu unterscheiden, eine respiratorische und eine cerebrale. Hämig's Fälle gehören zur 2. Gruppe. — Diagnostisch ist es sehr schwer, eine schwere Fettembolie des Gehirns und eine intrakranielle Blutung auseinander zu halten. In beiden Fällen kann eine primäre Bewusstseinsstörung da sein oder fehlen, das freie Intervall ist bei beiden schwankend, isolirte Lähmungen sind auch bei Fettembolie beobachtet, während die Mehrzahl der intrakraniellen Blutungen nur diffuse Gehirnsymptome zeigt, Temperatursteigerungen sind in beiden Fällen möglich. Noch schwieriger ist die Unterscheidung, wenn gleichzeitig mit der Fraktur eine Kopfverletzung erfolgt. G.

Ein Beitrag zu den Harnsteinen.

Von Dr. Zotos-Kischinew.

(Centr. f. Chir. 1900 No. 31.)

Ein 45jähriger Mann tritt wegen Schmerzen im unteren Theil des Hodensacks in Behandlung. Er giebt an, nie eine andre Krankheit als eben diese Schmerzen gehabt zu haben. Genauer gesagt: Seit seiner Kindheit bilde sich ab und zu unter Schmerz ein Abscess am Hodensack, der aufbreche; dann habe er wieder eine Zeit lang Ruhe. Die Harnröhre und Blase sollen immer schmerzfrei, der Harn nie blutig gewesen sein.

Gefunden wird ein steinharter Körper, der den Hodensack ausfüllt, jedoch für die Hoden beiderseits hinten oben Platz lässt. Zwei Fisteln führen in der Mittellinie in die Tiefe und entleeren einen Theil des Urins, daneben besteht ein eigrosser Abscess. Der Urin ist klar, aber alkalisch. Die Einführung des Katheters begegnet keiner Schwierigkeit, der Urin wird theilweise mühelos durch die Harnröhre entleert.

Nach Aufschneiden des Abcesses und der Fisteln gelingt es, aus dem Hodensack einen Stein von 345 Gramm zu entfernen, der 9 : 8 : 6 cm misst. Nach dem Eingriff entleerte sich der grössere Theil des Harns durch die Wunde, allmählich wurde sie kleiner, der Kranke liess sich nachher nicht mehr im Krankenhause halten.

Die Deutung ist klar. Der Stein ist in der Kindheit entstanden, von der Blase aus in die Harnröhre eingekeilt worden, hat diese in der Mittellinie durchbrochen und ist durch Auflagerung phosphorsaurer Salze allmählich im Hodensack gewachsen.

Innere Medizin.

Ueber Kehlkopferkrankungen im Verlaufe des Diabetes (Laryngitis diabetica).

Von weiland Otto Leichtenstern-Köln a. Rh., herausgegeben von Dr. Th. Weischer, Assistenzarzt.

(Münchener med. Wochenschr., 1900. 47. Jahrg., Heft 16/17.)

Aus den nachgelassenen Papieren des verdienstvollen Kölner Klinikers veröffentlicht Weischer einige seltene Beobachtungen über Kehlkopferkrankungen bei Diabetes, die, obwohl über zehn Jahre zurückliegend, heute noch, und zwar auch für den Nichtlaryngologen, oder gerade für diesen erst recht, von Interesse sind.

L. schildert vier Fälle, in denen ganz im Beginn eines Diabetes mellitus, zu einer Zeit, wo noch keine anderen Zeichen desselben die Aufmerksamkeit des Patienten und des Arztes erregten, gewisse relativ unbedeutende Beschwerden von Seiten des Kehlkopfes und des Rachens auftraten und ihre Erklärung erst dadurch fanden, dass sich bei der Untersuchung des Urins reichliche Mengen von Zucker in diesem nachweisen liessen.

Auffallend rasches Trockenwerden der Kehle beim lauten Sprechen, rasches Versiegen der Stimme, Eintreten von Heiserkeit und das Gefühl anhaltender Trockenheit im „Halse“ waren die Symptome, welche die Kranken veranlassten, den Kehlkopfspezialisten aufzusuchen. Der einzige abnorme objektive Befund war ein auffallend trockener Glanz der Stimmbänder, welche wie lackirt aussahen; die Rachenschleimhaut sah wie mit einem Goldschlägerhäutchen bedeckt aus: Siccitas laryngis oder Laryngoxerosis diabetica nennt L. diesen Zustand; es handelt sich dabei seiner Meinung nach um eine Sekretionsanomalie, und zwar um eine Hyposekretion und dadurch bedingte Neigung zum Trockenwerden der Stimmbänder, welche dadurch bewirkt wird, dass in Folge des Diabetes einmal die Sekretion im Kehlkopf, sodann vielleicht auch der durchschnittliche Wassergehalt der Stimmbänder auf einer gewissen niedrigen Stufe sich bewegt, so dass die gesteigerte Wasserabgabe, welche mit jedem anhaltenden Sprechen einhergeht, alsbald einen solchen Grad erreicht, dass die Schwingungsfähigkeit der Stimmbänder darunter leidet. Es liegt also nicht ein entzündlicher Vorgang zu Grunde, sondern eine für Diabetes aetiologisch-spezifische Trockenheit der Stimmbänder. Die Ursache für diese Erscheinung sucht L. in einer nervösen Störung, in einer Art Lähmung oder Ausserfunktionsetzung der nervösen Centren für die absondernde Thätigkeit der Schleimdrüsen des Kehlkopfes.

Im Anschluss hieran wird ein Fall von Furunculosis laryngis diabetica eingehender geschildert; wiederholt rückfällige Abszessbildung unterhalb der „Commissura anterior“ der Stimmbänder, jedesmal mit Heiserkeit einhergehend, auf diabetischer Grundlage, war das hier im Vordergrund stehende Symptom.

Die interessanten Beobachtungen legen es nahe, bei dergleichen Störungen im Kehlkopfe immer an eine konstitutionelle Ursache des Leidens, und zwar speziell an den Diabetes zu denken, wiewohl Verf. selbst hervorhebt, dass die mitgetheilten Fälle grosse Seltenheiten darstellen.

Richard Müller.

Postikuslähmung im Anschluss an einen Fremdkörper im Larynx.

Von Dr. Walter Bruggisser-Wohlen.

(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte No. 15, 1900.)

Fälle von traumatischer Postikuslähmung sind nicht gar so selten, doch verdient der vorliegende Fall seines eigenartigen Verlaufes wegen besonderes Interesse. Ein bis dahin gesunder, kräftiger Mann erwacht eines Morgens mit den Erscheinungen eines akuten Kehlkopfkatarrhes. Bei der Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel wird unerwarteter Weise folgender Befund erhoben: Die Schleimhaut ist stark geröthet; direkt über den Stimmbändern liegt quergestellt und mit den spitzigen Klammern in die Schleimhaut eingekeilt eine Zahnprothese mit zwei nach oben gerichteten Zähnen. Es gelingt leicht, dieselbe mit einer Kornzange zu fassen und herauszuziehen. Bemerkenswerth ist, dass Pat. beim Hinuntergleiten des Gebisses in den Kehlkopf während der Nacht keinen Erstickungsanfall hatte, und dass auch keinerlei Athembeschwerden nachher auftraten. Letzterer Umstand erklärt sich dadurch, dass die Prothese quergestellt war, und durch die Einkerbungen am Rande die Luft genügenden Zutritt hatte. Nach einigen Tagen waren alle Erscheinungen geschwunden, der Kranke fühlte sich vollständig wohl, bis plötzlich wieder Heiserkeit, heftige Schmerzen im Kehlkopf und starke Athembeschwerden auftraten, die sich schliesslich zu Erstickungsanfällen steigerten, sodass der Luftröhrenschnitt gemacht werden musste. Die nachträgliche Kehlkopfuntersuchung ergab folgenden Befund: Schleimhaut des Pharynx und Larynx von gewöhnlicher Farbe, keine Empfindungsstörungen; der Zugang zum Kehlkopf zeigt nichts Besonderes; die Stimmbänder sind an einander gerückt, sodass die Stimmbandritze in eine schmale Spalte verwandelt ist, die aber bei jeder Einathmung sich noch weiter verengt. Durch Katheterismus wurde eine Verengerung des Kehlkopfes ausgeschlossen und eine Lähmung der Glottisöffner festgestellt. Dieselbe ist ohne Zweifel durch den von der Prothese auf die Nervi laryngei inf. ausgeübten Druck zustande gekommen. Auffallend ist nur, dass die Wirkung des Druckes erst nach 14 Tagen zur Geltung kam: Die Voraussage wurde gleich ungünstig gestellt, da eine Heilung der traumatischen Postikuslähmung in den bisher veröffentlichten Arbeiten nicht verzeichnet ist. In der That konnte sich Verfasser nach vier Jahren davon überzeugen, dass der Zustand in jeder Beziehung derselbe geblieben ist. Dem Kranken wurde das Zeugniss ausgestellt, dass er 75 Proz. seiner Arbeitsfähigkeit eingebüsst hat. — y.

Zur klinischen Diagnose der Zwerchfellhernie.

Von Privatdozent Dr. Karl Hirsch-Leipzig.

(Münchener med. Wochenschrift 1900, No. 29.)

Eine so seltene Erscheinung der Zwerchfellbruch auch ist, so beansprucht er doch die Aufmerksamkeit des ärztlichen Sachverständigen schon deshalb, weil die meisten Zwerchfellbrüche Unfallfolgen darstellen. Es ist daher gerechtfertigt, den von Hirsch beschriebenen Fall an dieser Stelle zu besprechen, obgleich es sich bei ihm nicht um eine Verletzungsfolge, sondern um einen angeborenen Bruch handelt.

Der Kranke, ein 34jähriger Mann, hat seit früher Kindheit häufig Magenbeschwerden, meist kurz nach dem Essen, gehabt. Er hat sich viel in Krankenhäusern aufgehalten, wo sein Leiden bald als Verlagerung des Herzens nach rechts, bald als Rippenfellschwarte der linken Seite, bald als frische Rippenfellentzündung, bald als Nervenschwäche und bald als vorgetäuscht gedeutet wurde.

Eines Tages bekam dieser Mann plötzlich heftiges Stechen auf der linken Seite und gleichzeitig Athemnoth, Schwindelgefühl und Erbrechen. Dabei sah diese ganze Seite des Brustkorbes dicker als die rechte aus. Diese Beschwerden hielten drei bis vier Tage an, liessen dann nach, hörten aber nicht völlig auf. Neun Tage später wurde der Kranke mit der Diagnose Pneumothorax in die leipziger medizinische Klinik eingeliefert. Thatsächlich waren die üblichen Zeichen von Lufteintritt in den Brustkorb mit aller Deutlichkeit vorhanden. Die linke Seite war aufgetrieben, hatte in ihren unteren Theilen Paukenschall, man hörte klingendes Rasseln und Plätschergeräusch. Aber diese Erscheinungen waren auffallend wechselnd und das Befinden des Kranken merkwürdig gut.

Die Athmung war nicht beschleunigt. Eine Abgrenzung der Lungen gegen den Magen konnte durch Beklopfen nicht erzielt werden, weil die Schallarten allmählich in einander übergingen. Die Stäbchen-Plessimeter-Beklopfung ergab links unten deutlichen Metallklang. Das Herz lag rechts in genau der Ausdehnung in der es sonst links liegt. Es bestand weder Fieber noch Athemnoth.

Nach diesem Befunde war es klar, dass in dem normaler Weise von dem Herzen und dem unteren Theil der Lungen ausgefüllten Theil des Brustkorbes ein zusammenhängender, mit Luft gefüllter Hohlraum bestehen musste. Aber um einen Lufteintritt in die Brustfellhöhle konnte es sich bei dem wechselnden, zur Zeit verhältnissmässig guten Befinden des Kranken nicht wohl handeln. Berücksichtigt musste ferner die Möglichkeit werden, dass durch eine Schrumpfung der linken Lunge das Zwerchfell in die Höhe gezogen und nun Magen und Darm an dieser Stelle nach oben getreten seien. Aber nach Schrumpfungsvorgängen hätte die linke Brusthälfte eingesunken sein müssen, während sie in Wirklichkeit vorgewölbt war.

So kam Verfasser denn auf den Gedanken, dass ein Zwerchfellbruch, ein Durchtritt von Eingeweiden durch eine Lücke im Zwerchfell, vorliegen könnte.

Er wurde hierin bestärkt durch die Unabhängigkeit der klingenden Geräusche von der Athmung, durch die Zunahme aller Erscheinungen nach den Mahlzeiten. Um sich der Sache zu vergewissern, führte er nunmehr einen Magenschlauch ein und blies durch denselben Luft in den Magen. Hierbei blieb die eigentliche Magengegend ganz unverändert, während die Auftreibung der linken Brusthälfte zunahm. Wenn man das Ohr an die letztere legte, hörte man das Einblasegeräusch, der Schall wurde bis zur dritten Rippe vorwiegend paukenartig, deutliche Plätschergeräusche liessen sich vernehmen, wenn der Kranke jetzt Wasser trank, und die dem aufgenommenen Wasser entsprechende Dämpfung, die beim Sitzen eine Fortsetzung der Milzdämpfung bildete, änderte vollkommen frei ihren Platz, wenn der Kranke seine Lage wechselte.

Nun konnte kein Zweifel mehr bestehen, dass der Magen durch einen Zwerchfellbruch in die Brusthöhle eingedrungen ist, und diese klinische Diagnose fand ihre volle Bestätigung durch eine Roentgen-Aufnahme, nachdem ein mit Quecksilber gefüllter weicher Gummischlauch in den Magen eingeführt war. Man sieht auf einem beigegebenen Bilde den Schlauch ganz deutlich als schwarzes Band neben der Wirbelsäule im Bogen nach links oben bis über die Höhe der durch eine Bleiplombe markirten Brustwarze emporsteigen, sich schlingenartig umbiegen und wieder in die Nähe der Wirbelsäule zurückkehren.

Die Verlagerung des Herzens nach rechts ist wahrscheinlich dadurch entstanden, dass in frühester Kindheit die durch die angeborene Zwerchfelllücke tretenden Baucheingeweide das Herz verdrängt haben.

Verfasser schliesst mit den gerade bei so schwierigen

und so selten richtig erkannten Fällen wohlberechtigten Worten: In dem „Darandenken“ und in der wiederholten Untersuchung liegt auch hier das Geheimniss einer richtigen Differentialdiagnose.

Neurologie.

Ueber Epilepsia minor.

Von Sir W. Gowers, Arzt am Nationalkrankenhaus für Paralytiker und Epileptiker in London.
(Wiener med. Pr. 1900 No. 29.)

Als Epilepsia minor wird diejenige Form der Fallsucht bezeichnet, bei der es nicht zu ausgebildeten Krampfanfällen kommt. Ihre zwar nicht häufigste, aber typischste Unterart äussert sich ausschliesslich in Anfällen von Bewusstlosigkeit.

Oft dauert die letztere so kurze Zeit, dass der Kranke sie überhaupt nicht bemerkt. Er unterbricht plötzlich irgend eine Thätigkeit, nimmt sie dann gleich wieder auf, und nur der Zuschauer hat den Anfall wahrgenommen. Sehr deutlich werden dem Befallenen aber auch die kürzesten Anfälle, wenn sie mit Muskelerschlaffung einhergehen, dann stürzt er eben sofort zusammen. So fiel ein Herr, der eben gebadet hatte, schon angezogen im Anfall in die Wanne zurück, stieg, noch bewusstlos, heraus, und merkte beim Erwachen an seinen nassen Kleidern, was geschehen war. Häufiger freilich geht auch bei solchen kurzen Anfällen ein Vorgefühl voraus. Bei diesen ganz kurzen Anfällen sind Gesichtsfarbe und Pupillen kaum verändert, höchstens tritt eine leichte Blässe ein. In einigen Fällen wandte G. während des Anfalls den Augenspiegel an und konnte feststellen, dass die Netzhautgefässe ihr Kaliber nicht veränderten. Man kann also aus der äusseren Blässe auf Hirnblutarmuth nicht etwa schliessen.

Statt durch das Zusammenstürzen können ganz kurze, leichte Anfälle auch durch Harnabgang bemerklich werden.

Bei mehr allmählich einsetzenden Anfällen können allerlei Gefühle dem Anfall vorausgehen oder ihn begleiten. Ja diese Empfindungen können sogar den wesentlichsten Theil des Anfalls bilden, die Bewusstseinsstörung tritt dann nicht nur in den Hintergrund, sondern fehlt sogar gelegentlich ganz. Den die Anfälle begleitenden Empfindungen ist ein besonderer Abschnitt der Arbeit gewidmet.

Am häufigsten kommt irgend eine Art von Schwindel vor. Subjektiv kann das Gefühl bestehen, als fiele man nach irgend einer Seite oder sinke in die Erde. Hierbei besteht gelegentlich die fürchterlichste Angst. Objektiven Schwindel nennt G. die Empfindung, als bewegten sich die Gegenstände in irgend welcher Linie, fast immer im Sinne des Uhrzeigers, oder als zitterte alles. Manchmal stürzt der Kranke beim subjektiven Schwindel thatsächlich nach der Richtung, in der er sich zu bewegen glaubt; selbst wirkliche Drehbewegungen kommen zu stande, sie sind aber bei Epilepsia minor seltener als im Vorstadium der grossen Epilepsie.

Nie ganz frei von Bewusstseinsstörung ist die sogenannte Traumempfindung, das oft unangenehme, oft geradezu angenehme Gefühl, als sei man im Traume. Es ist seltsamer Weise oft mit schmatzenden Lippenbewegungen verbunden. Sehr ähnlich ist das Gefühl, als ob das eben Erlebte sich früher schon mal in gleicher Weise zugetragen hätte. Dass dieses Gefühl auch viele Gesunde kennen, wird nachdrücklich betont.

Selten sind bei Epilepsia minor Sinnestäuschungen, die bestimmte Gegenstände vorspiegeln. Dagegen werden Lichterscheinungen gelegentlich vorgetäuscht, andererseits kann vorübergehendes Dunkelwerden vor den Augen das sogar einzige Zeichen des Anfalls sein.

Von Gehörstäuschungen wird die Wahrnehmung eines einzelnen, oft eines musikalischen Tons erwähnt, Geruchstäuschungen sind meist unangenehmer Art, im übrigen verschieden, Geschmackstäuschungen selten.

Häufig sind Allgemeinempfindungen: Ein plötzlicher Schauer, eine Erschütterung des ganzen Körpers, ein Gefühl von Blutwallung nach oben, dem Bewusstlosigkeit folgt, sobald die Wallung den Kopf erreicht.

Gelegentlich werden die Anfälle von plötzlichen Erregungen, z. B. Furchtgefühlen, begleitet.

Die schwächste Form des Anfalls ist eine plötzliche zuckende Bewegung ohne Bewusstseinsverlust, sei es dass z. B. blos die Hand eine Schleuderbewegung ausführt, oder dass der Kranke ein ganzes Stück läuft. Bereits angedeutet wurde die gegentheilige Erscheinung: eine plötzliche Muskelerschlaffung.

Nach dem Anfall kehrt das Bewusstsein oft erst allmählich zurück. Anfangs wissen die Kranken noch nicht recht, in welcher Lage sie sich gerade befinden. Vielleicht ist ein Gefühl von Unbehagen und Mattigkeit daran Schuld, dass manche Kranke in diesem traumhaften Abklingungszustande ohne Rücksicht auf ihre Umgebung anfangen, sich auszukleiden. Andre wieder stecken automatisch irgend etwas, was sie erreichen können, in die Tasche und bringen sich in den Verdacht des Diebstahls. Wieder andre bekommen einen Heisshunger und erstaunen beim völligen Erwachen darüber, dass sie einen Bissen im Munde haben. Länger ausgedehnte Dämmerzustände lassen wie bei der grossen Epilepsie ganz verwickelte, scheinbar wohldurchdachte Handlungen begehen, auch solche, die verbrecherischen Charakter tragen.

Sehr wichtig ist die Thatsache, dass an echte Anfälle von Epilepsia minor schwere hysterische Krämpfe unmittelbar anknüpfen können, die nach schweren Fallsuchtattacken nie vorkommen. So sind manche Fälle zu deuten, in denen angeblich nur ganz leichte Anfälle in der Kindheit, sehr schwere von den Entwickelungsjahren ab beobachtet werden.

Erbrechen ist nach leichten Anfällen selten, Uebelkeit häufiger. Bedenklich ist das Abwenden des Gesichts nach dem Anfall. Es ist schon vorgekommen, dass Leute im Bette nach leichten Attacken das Gesicht in die Kissen drückten und so erstickten.

Die Diagnose wird ermöglicht durch das plötzliche Eintreten, die kurze Dauer der Anfälle und das Fehlen äusserer Ursachen. Gegenüber der Ohnmacht ist die Unterscheidung dadurch gegeben, dass der Bewusstseinsverlust hier ein allmählicher, dort ein plötzlicher, das Erwachen hier von einem Schwäche-, dort von einem Verwirrungsgefühl begleitet ist. Auch ist bei Epilepsia minor der Puls unverändert. Andre Schwindelformen sind mit länger dauernden örtlichen Leiden, besonders am Gehörorgan, verbunden.

Ueber Gehirnlähmungserscheinungen nach Influenza.

Von Dr. Guttmann, Nervenarzt in Halberstadt u. Wernigerode.
(Neur. Centr. 1900. No. 15.)

Ein 17 jähriger Arbeiter, welcher weder erblich belastet ist, noch persönlich ungünstigen Einflüssen unterlegen hat, machte im Januar d. J. eine Influenza durch, bei der er 4 Wochen arbeitsunfähig war. Als er seine Thätigkeit wieder aufnahm, bemerkte er eine Schwäche in den rechten Gliedmassen, besonders im Bein. Erst Ende März ging er zum Arzte, weil die betreffenden Gliedmassen auch schmerzhaft wurden.

Es wurde aber immer schlimmer. Nach weiteren vier Wochen hatte die Schwäche beide Beine ergriffen, die Wadenmuskeln wurden immer schlapper, der Gang unsicher und taumelnd. Unaufhörlich bestand Schwindelgefühl und zeitweise

ein dumpfer, bohrender Kopfschmerz. Erbrechen soll nur in der ersten Zeit nach der Influenza vorgekommen sein, übel werde ihm aber auch noch jetzt zeitweise.

Objektiv ist die auffallendste Erscheinung eine Art zu gehen, wie sie sonst wohl Betrunkenen eigen ist. Es gelingt dem Kranken durchaus nicht, die gerade Linie inne zu halten. Er taumelt immer nach der Seite herüber, meist nach der rechten, selbst wenn man ihm einen Stock als Stütze giebt. Auch der Kopf ist wackelig, er neigt sich fast stets nach links und dreht sich derartig, dass die linke Seite höher steht als die rechte. Das rechte Auge schielt nach innen. Es ist fast völlig unbeweglich. Aber auch der linke Augapfel ist in seiner Beweglichkeit nicht genügend ausgiebig, insbesondere ist die Thätigkeit des vierten und sechsten Hirnnerven auch links nur sehr gering. Die rechte Pupille ist kleiner als die linke und reagirt in jeder Beziehung träge. Die mimischen Gesichtsmuskeln sind sämmtlich rechts bedeutend schwächer. Die grobe Kraft der rechten Gliedmassen ist geringer, als die der linken. An beiden Händen besteht ein Zittern, das beim Ergreifen von Gegenständen bedeutend verstärkt wird. Auch diese Erscheinung ist rechts ausgeprägter. Beiderseits lässt sich Knie- und Fusszitterkrampf auslösen, links aber schwerer. Die Verstandeskräfte sind völlig ungestört.

In den ersten 5 Wochen der Behandlung besserte sich die Augenmuskellähmung sehr, während sich allerdings ein deutliches Zittern beider Augäpfel einstellte. Nachher wurde auch die Gehstörung geringer.

Alle Krankheitserscheinungen weisen auf Entartungsvorgänge im Gehirn hin. Die Gleichgewichtsstörung ist die für Herde im Kleinhirn bezeichnende. Das Zittern bei gewollten Bewegungen findet man bei Herden im Klein- oder Mittelhirn. Die Reflexsteigerungen sprechen für Entartung der Seitenstränge. Bei beiderseitigen Lähmungen der Augenmuskeln muss man an eine Schädigung der Gegend denken, wo die Ursprungsstellen der betreffenden Nerven nahe bei einander liegen, also an den oberen Theil des verlängerten Marks, allenfalls auch an die Vierhügel, die gleichfalls zu Augenmuskel-Lähmungen in Beziehung stehen.

Das gleichzeitige Auftreten aller der beschriebenen Störungen würde sich am ungezwungensten erklären, wenn man einen einzigen Herd annähme. Thatsächlich ist dies möglich. Es dürfte sich unter dem Bilde der Influenza eine Gehirnentzündung an der Stelle wo Kleinhirn und Brücke zusammenstossen, abgespielt haben. Der Befund und der Rückgang der Erscheinungen lassen andere Herderkrankungen mit einiger Sicherheit ausschliessen. Die Heilungsaussichten sind nicht schlecht.

Minder beweiskräftig ist ein zweiter Fall: Bei einer 54jährigen Frau haben sich in unmittelbarem Anschluss an die Influenza Sprachstörungen im Verein mit zunehmender Schwäche der rechten Gliedmassen eingestellt. 3—4 Monate später ist allmorgendliches Erbrechen, nach weiteren 2 Monaten heftiger Kopfschmerz dazugekommen. G. sah die Frau völlig halbseitig gelähmt und fast unfähig zu sprechen. Etwa 14 Tage später verfiel sie in Bewusstlosigkeit und starb nach 3 Tagen. Auch hier glaubt Verf. an einen Entzündungsprozess im Gehirn als Folge der stattgehabten Influenza.

Gynäkologie.

Zur Antiseptik in der Geburtshilfe.

Von Dr. Krohne-Gross-Kamsdorf.
(D. Med. W. 1900 No. 32.)

Der bekannte Standpunkt Hofmeiers, dass das Unterlassen einer Scheidendesinfektion vor irgend einem geburtshilflichen Eingriff ein Kunstfehler ist und den Thatbestand des § 222 des Strafgesetzbuches erfüllt, wird vom Verf. scharf bekämpft. Auf Grund eigener Erfahrungen und der Literatur legt er dar, dass das Scheidensekret wahrscheinlich normalerweise Krankheitskeime zu töten im Stande ist, dass aber auch die ausreichende Säuberung der Scheide im Sinne völliger Keimfreimachung mechanisch unmöglich ist. Die Scheidendesinfektion sei aber nicht blos überflüssig, sondern gradezu schädlich. Aufnahme von Giftstoffen in den Kreislauf und örtliche Schädigung der Gewebe sei ihre Folge.

[Es mag noch manches Jahr vergehen, bis die Frage der geburtshilflichen Antiseptik endgiltig gelöst ist. Aber in einem Punkte wird jeder, der den Standpunkt des praktischen Arztes zu würdigen weiss, dem Verf. Recht geben: in der Bekämpfung des Bestrebens, immer neue „Kunstfehler" aufzustellen. Immer wieder muss laut dagegen protestirt werden, dass irgend ein Forscher auf Grund seiner persönlichen Ueberzeugung, mag sie noch so fest und begründet sein, die in der Praxis befindlichen Schüler andrer Lehrer, denen eine gegentheilige Meinung plausibel gemacht worden ist, oder die aus eignem Denken Anhänger einer andern Anschauung sind, eines Kunstfehlers zeiht. Mit einem Vorwurf, der einem Collegen Ehre und Existenz rauben kann, sollte doch möglichst sparsam umgegangen werden. Ref.]

Ohren.

Die Indikationen zur operativen Behandlung der Mittelohreiterungen.

Von Dr. Richard Müller, Stabsarzt in Berlin.
(Deutsche medizinische Wochenschrift 1898, No. 13.)

Seitdem man gelernt hat, eiterige Mittelohrerkrankungen durch chirurgische Eingriffe zur Heilung zu bringen, hat sich diesem Verfahren das Interesse auch des praktischen Arztes zugewandt, nicht sowohl, um diese Operationen selbst ausführen zu lernen, als vielmehr um zu erfahren, unter welchen Umständen die Operation gemacht, d. h. ein Spezialist zu Rathe gezogen werden muss. Auch für den ärztlichen Sachverständigen ist die Frage der Indikationsstellung zu Ohrenoperationen von Wichtigkeit, da die Unterlassung einer Operation, für welche eine absolute Indikation vorliegt, einen Kunstfehler bedeutet. Im Sinne dieser Ausführungen wendet sich der Verfasser an den Nichtfacharzt und hat die Grenzen des operativen Vorgehens ziemlich weit gesteckt, um eine zu späte Zuziehung des Spezialisten zu vermeiden.

Für die blosse Aufmeisselung des Antrum mastoideum, unter Schonung des äusseren Gehörganges und der Paukenhöhle, stellt er folgende Indikationen auf:

1. Akute Mittelohreiterung, die trotz sachgemässer Behandlung (Trockenbehandlung) 14 Tage lang in unverminderter Stärke und ohne Wendung zum Besseren besteht, auch wenn bedrohliche Erscheinungen noch nicht vorhanden sind (relative Indikation).

2. Andauerndes Fieber bei akuter Mittelohreiterung, welches auf ein anderes Leiden nicht bezogen werden kann.

3. Ausgesprochene Erscheinungen otitischer Pyämie.

4. Subperiostaler, retroaurikulärer Abszess.

5. Auftreten cerebraler Erscheinungen, die dem Ohrenleiden zur Last zu legen sind.

Zur sogenannten Radikaloperation, d. h. zur Freilegung sämmtlicher Mittelohrräume, soll im Allgemeinen nur bei chronischen Mittelohreiterungen geschritten werden, und zwar nach folgenden Gesichtspunkten:

1. wenn trotz einer durch längere Zeit — mindestens zwei Monate — fortgesetzten sachgemässen Behandlung es

nicht gelingt, die chronische Eiterung zu beseitigen oder doch wesentlich zu bessern (relative Indikation; die Operation hat dann einen im wesentlichen prophylaktischen Charakter);

2. bei Zunahme von Kopfschmerzen, Sausen und Schwindel derart, dass sie den Kranken fortdauernd quälen, in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen und in ihm das Gefühl des Krankseins erwecken;

3. bei andauerndem, wenn auch leichtem Fieber, das von dem Ohrenleiden ausgeht, besonders wenn es pyämischen Charakter annimmt;

4. bei Caries des Schläfenbeines (stinkende Eiterung, Granulations- und Polypenbildung, Rauhigkeit des Knochens, Abstossungen von Sequestern), auch bei tuberkulösem Charakter der Caries;

5. bei Cholesteatom des Mittelohrs;

6. bei cerebralen Komplikationen (epiduraler Abszess, Sinusthrombose, Hirnabszess, auch beginnende Meningitis).

Autorreferat.

Zur Indikationsstellung für Mastoidoperationen.

Von Dr. Richard Müller, Stabsarzt in Berlin.

(Dtsch. med. Wochenschr. 1900. No. 15.)

Von den Seitens des Verf. früher aufgestellten Indikationen zur Vornahme von Warzenfortsatzoperationen bei Ohreneiterungen ist die folgende von verschiedenen Seiten bemängelt worden:

„Jede akute Mittelohreiterung, die trotz sachgemässer Behandlung 14 Tage lang in unverminderter Stärke und ohne eine Wendung zum Besseren erkennen zu lassen, besteht, ist mit Eröffnung des Antrum mastoideum zu behandeln, auch wenn bedrohliche Erscheinungen noch nicht vorhanden sind."

Verf. giebt zu, dass dieser Satz auf den ersten Blick einen etwas radikalen Eindruck macht. Er will aber auf jedes Wort des obigen Satzes einen besonderen Ton gelegt wissen, und nur beim genauen Zusammentreffen aller darin erwähnten Momente soll diese Indikation Geltung haben. Verf. weist darauf hin, dass es sich hier nur um die einfache Antrumaufmeisselung, nicht um die verstümmelnde Radikaloperation handelt, und spricht dann die einzelnen Punkte noch einmal durch. Er betont, dass eine trotz sachgemässer Behandlung länger als 14 Tage in unverminderter Stärke und ohne erkennbare Besserung bezw. Verschlimmerung fortbestehende akute Mittelohreiterung etwas überaus Seltenes ist und eine Operation auf Grund dieser Indikation mithin auch nur sehr selten vorkommen wird. Es werden dann kurz drei Krankengeschichten wiedergegeben, in denen nach jener Indikation nicht verfahren worden ist; bei der schliesslich aber doch nöthigen Operation fanden sich dann weitgehende Zerstörungen, und Verf. meint, dass die Heilung hier schneller erreicht worden wäre, wenn man streng nach seiner Indikation gehandelt hätte. Er bleibt daher, ohne den abweichenden Standpunkt Anderer absolut zu verurtheilen, auf seiner Ansicht bestehen, nachdem er hervorgehoben hat, dass der Hauptzweck seiner für den praktischen Arzt gegebenen Indikationsstellung der war, eine zu späte Zuziehung des Ohrenspezialisten zu vermeiden; dem letzteren stehe es natürlich frei, wenn er den Kranken in dauernder Beobachtung habe, mit der Operation auch über die 14 Tage hinaus zu warten. Wie auf anderem chirurgischen Gebiete, z. B. auf dem der Blinddarmeiterungen und der Magengeschwüre, so wird man in Zukunft gewiss auch auf dem Gebiete der Ohreneiterungen die Grenzen für das operative Eingreifen allmählich weiter stecken; und was heute noch als gewagt angesehen wird, wird später vielleicht, wenn man es unterlässt, als Kunstfehler gelten. Autorreferat.

Ueber subjektive Gehörswahrnehmungen.

Von Dr. Emanuel Fink-Hamburg.

(Die ärztliche Praxis. No. 13. 1900.)

Die so häufig vorkommende und vielseitige Wahrnehmung von Gehörsphaenomenen kann sich zu einem sehr qualvollen Leiden gestalten, dessen Beseitigung, je nach der Ursache, verschieden grosse Schwierigkeiten bereitet. Fast zwei Drittel aller Ohrenkranken klagen nach den Angaben mehrerer Statistiken über subjektive Gehörswahrnehmungen; am seltensten sind sie bei den Erkrankungen des inneren Gehörganges, am häufigsten bei denen des Labyrinths. Wo sie aber auch vorkommen, da handelt es sich stets darum, dass die nervösen Elemente des Labyrinths oder die weiter centralwärts gelegenen Theile des Akusticus in irgend einer Weise in Mitleidenschaft gezogen sind. So findet man daher subjektive Gehörswahrnehmungen unter den Anomalien des äusseren Gehörganges nur in denjenigen Formen, welche mittelbar wenigstens einen pathologischen Druck auf die Labyrinthflüssigkeit ausüben, also bei Fremdkörpern oder Ceruminalpfropfen im Gehörgang, wenn sie das Trommelfell und mit diesem die Platte des Steigbügels nach innen drängen. In gleicher Weise kommen subjektive Gehörswahrnehmungen bei gewissen Formen der Otitis media dadurch zu Stande, dass der entzündliche Prozess oder dessen Sekretionsprodukte die Steigbügelplatte im ovalen Fenster fixiren, so dass dadurch ein dauernder Druck auf die Labyrinthflüssigkeit und so auch auf die in den Basilarwindungen der Schnecke liegenden zelligen Elemente ausgeübt wird. Ein fast ständig zu verzeichnendes Symptom sind subjektive Gehörswahrnehmungen in denjenigen Fällen, wo das Labyrinth primär in irgend einer Weise in Mitleidenschaft gezogen ist, also zunächst bei Hyperaemie des Labyrinths. Darauf beruht wohl das nach dem Gebrauch von Salicyl- und Chininpräparaten entstehende Ohrensausen. So ist auch das Ohrensausen als Vergiftungserscheinung in Folge von Alkohol, Tabak, Morphium, Kohlenoxyd, Phosphor zu erklären. Schliesslich kommt Ohrensausen bei verschiedenen Affektionen des Gehirns vor, die auf den Gehörnerv selbst oder seine Kerne, resp. cortikalen Centren einwirken. Die Behandlung richtet sich nach der Grundursache, muss aber leider auch nach genauer Feststellung der Diagnose meist nur eine symptomatische bleiben. Am einfachsten und günstigsten liegen die Verhältnisse, wenn die Ursache des Leidens im äusseren Gehörgange zu suchen ist. Mit der Freilegung der Lichtung des Meatus ist das Geräusch gewöhnlich wie mit einem Schlage verschwunden. Bleibt aber noch ein leises Geräusch zurück, welches darauf beruht, dass das Trommelfell auch nach Beseitigung des Fremdkörpers oder Ceruminalpfropfes stark zurückgezogen geblieben ist, so genügt gewöhnlich ein- bis zweimalige Anwendung des Politzer'schen Verfahrens, um auch den Rest des Geräusches endgiltig zu beseitigen. Weniger zuversichtlich darf die Beseitigung des Ohrensausens erwartet werden, wenn es auf einer Mittelohrentzündung beruht. Hier fällt die Behandlung mit der des Grundleidens zusammen. Oft führt aber auch die Bougirung der Ohrtrompete und Massage des Trommelfelles zum Ziele, selbst wenn das Grundleiden von diesen Massnahmen nicht beeinflusst wird. Prognostisch recht ungünstig sind jene Fälle, wo das Grundleiden jenseits des Mittelohres seinen Sitz hat. Elektrizität, Bromkali, Amylnitrit, Pilocarpin und andere empfohlene Mittel lassen fast immer im Stich. —y.

Hygiene.

Ueber die Verbreitung des Weichselzopfes in den Regierungsbezirken Marienwerder, Bromberg u. Posen.

Von Med.-Ass. Möbius-Berlin.
(Klin. Jahrb. Bd. 7, H. 4.)

Noch in den vierziger Jahren gab es Aerzte, die den Weichselzopf für eine „kritische Abscheidung" hielten und seine vorzeitige Abschneidung als eine Ursache von Krankheit und Tod betrachteten. Und doch hatte schon 1842 Beschorner die Natur des Weichselzopfes, den er bei über 5000 Menschen in der Provinz Posen fand, richtig erkannt. Er hatte festgestellt, dass der Weichselzopf eine nothwendige Folge des zufällig oder absichtlich unterlassenen täglichen Kämmens sei und auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten keine Spur von Einfluss habe. Er hat aber auch vorausgesehen, dass der Kampf gegen den medizinischen Aberglauben, der die Tausende zum Ertragen und selbst zur Pflege des lästigen Uebels bestimmt hat, schwer und langwierig sein würde.

Ueber 50 Jahre sind seitdem vergangen. Die Aerzte sind sich über die Art des Leidens jetzt vollkommen einig. Wie steht es nun mit den Anschauungen des Volkes?

Um dies zu ermitteln, hat man in den Bezirken Marienwerder, Bromberg und Posen die Polizeibehörde mit der Feststellung betraut, wieviel Weichselzöpfige in jedem einzelnen Kreise vorhanden seien. Eine Anzahl von Tabellen enthält das Ergebniss dieser Statistik. An 1787 Orten fanden sich Weichselzopfträger, darunter in 56 Städten, im ganzen 5737 Personen gleich 0,212 der Gesammtbevölkerung. Von diesen Menschen standen nicht nur über tausend im Alter zwischen 1 und 6 Jahren, sondern auch über 50 im Alter zwischen 0 und 1 Jahr.

Die Zahl der Weichselzöpfigen hat also seit 50 Jahren nicht erheblich abgenommen, am wenigsten im Bezirk Posen. Die Frauen sind erheblich stärker als die Männer betheiligt. Das hat seine leicht erkennbaren Ursachen theils in der langen Haartracht der ersteren, theils wohl in ihrer grösseren Neigung zum Aberglauben und ihrer grösseren Abgeschlossenheit.

Wie weit die einzelnen Nationalitäten betheiligt sind, lässt sich nur annähernd durch den Vergleich der Prozentsätze der einzelnen Konfessionen bestimmen. Am stärksten ist die meist polnische katholische Bevölkerung betheiligt, 4 mal schwächer die evangelische, 10 mal schwächer die jüdische. Es ist sehr bezeichnend, dass im Kreise Deutsch-Krone, in dem die Bevölkerung grösstentheils katholisch, aber deutsch ist, kein einziger Fall von Weichselzopf gemeldet ist, wie denn in rein deutschen Ländern der Weichselzopf überhaupt unbekannt ist.

Schon Beschorner hat es richtig erfasst: nicht die Unreinlichkeit, sondern der Aberglaube ist die eigentliche Ursache des Weichselzopfs. Schmutz, Ungeziefer und Haut-Ausschläge schliessen sich erst an die Verfilzung der Haare an. Die verschiedensten chronischen Krankheiten, welche als „Behextheit" aufgefasst werden, sollen durch den sorgsam kultivirten Weichselzopf in Verbindung mit allerlei magischem Humbug geheilt werden. Der Zopf muss nach dem Volksglauben eine bestimmte Zeit, z. B. ein Jahr, einen Monat und einen Tag oder auch noch viel länger getragen werden. Seine Beseitigung soll schwere Gesundheitsschäden herbeiführen und wird unter besonderen mystischen Vorsichtsmassregeln an bestimmten Tagen im Jahre an bestimmten meist heiligen Orten vorgenommen. Schlimm ist es, dass einflussreiche Persönlichkeiten, wie insbesondere die Geistlichkeit oft an eine heilende Wirkung des Weichselzopfs auf chronische Krankheiten glauben und dass Kurpfuscher sich diesen Wahn zu Nutze machen. Leider wird Niemand überrascht sein, dass auch ein approbirter Arzt im Regierungsbezirk Marienwerder anzeigt, er kurire auf Weichselzopf.

Im Regulativ von 1835 ist der Weichselzopf unter den meldepflichtigen, ansteckenden Krankheiten genannt. Es wäre verkehrt, auf Grund dieser Bestimmung mit polizeilichen Mitteln seine Verbreitung verhindern, bezw. einschränken zu wollen, denn „es würde einmal der fälschlichen Auffassung, dass es sich beim Weichselzopfe um eine eigenartige Krankheit handle, neue Nahrung geben, und andrerseits müssen solche Massnahmen erfolglos sein, da die Vorschriften des Regulativs sich gegen die durch Ansteckung krankmachenden Stoffe und Lebensverhältnisse, nicht aber gegen eine Schwäche des menschlichen Geistes richten."

Volksaufklärung allein kann die hässliche Unsitte beseitigen und die Träger dieser Aufklärung könnten am ehesten die Geistlichen, die Krankenpfleger und Pflegerinnen, die Lehrer und die Zeitungen sein.

Versuche über Wäschedesinfektion.

Aus d. hygien. Untersuchungsstelle des I. Armeekorps zu Königsberg i. Pr. Vorstand: Oberstabsarzt I. Kl. Dr. Jaeger.
Von Ass-Arzt Dr. Förster.
(Hygienische Rundschau No. 11, 1900.)

Das praktische Ergebniss der experimentellen Untersuchungen des Verfassers lässt sich dahin zusammenfassen: Es gelingt leicht und sicher, sämmtliche inficirte Wäsche durch Einlegen in kalte, zehnfach verdünnte Kresolseifenlösung (Kresolwasser der Pharmakopoe) zu desinfiziren. Zur Erzielung der vollen Wirksamkeit genügen 6 Stunden. Ein längeres Einlegen (24 Stunden) schadet der Wäsche nicht, im Gegentheil ist dieses Verfahren mehr geeignet, Flecken zu beseitigen, als das Einlegen in kaltes Wasser, da in der Kresolseifenlösung eine Verseifung von schon vorhandenen Fettsubstanzen in den Flecken vor sich geht. Die einzige Schwierigkeit können Blutflecken machen. Dieselben werden aber auch beim Einlegen in kaltes Wasser fixirt, wenn sie nicht durch mechanisches Reiben mit den Händen oder durch die Maschine nach dem kalt Einlegen und vor dem Erhitzen entfernt werden. Letzteres ist also zur völligen Beseitigung durchaus nothwendig. Demnach hat man mit inficirter Wäsche folgendermassen zu verfahren: Die Krankenwäsche wird sofort nach dem Gebrauch auf der Krankenstube oder deren Vorraum in kaltes Kresolwasser eingelegt, sodass sie davon völlig durchtränkt wird. So bleibt dieselbe 6—24 Stunden stehen. Alsdann wird sie zur Waschküche gebracht und entweder in der Maschine zuerst kalt, bezw. mässig warm (bei etwa 40° C) ausgespült, wobei die Trommel bewegt wird, oder sie wird in einem Bottich gespült; dabei werden etwaige Flecken mit der Hand ausgerieben. Danach erfolgt der Waschprozess wie gewöhnlich.

— y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Aus den Sitzungen des Internationalen Medizinischen Kongresses in Paris.

Sektion für innere Medizin.
(M. M. W. u. Allg. Med. Centr.-Ztg.)

Ein Vortrag von Herrn Dieulafoy-Paris behandelt die Magengeschwüre. Er hat sich die Hauptaufgabe gestellt, vom klinischen und anatomischen Gesichtspunkte aus Unterformen des Leidens zu sondern. Die oberflächliche Erosion, die erste Unterart, stelle sich in mehr oder weniger zahlreichen Blutaustritten dar. Sie sei eine örtliche Wirkung des auf der Magenschleimhaut sich ansiedelnden Pneumokokkus. Die Erosion

könne in das entweder oberflächliche oder tiefer greifende Ulcus simplex umwandeln. Dieses letztere stehe gleichfalls zu Spaltpilz- bezw. Toxinwirkungen in engen Beziehungen, könne aber auch durch Gefässverletzungen und die Wirkung übersauren Magensaftes hervorgerufen werden. Es neigt zu Durchbohrung der Magenwand und zu gefährlichen Blutungen, kurz es ist das alte typische, runde Magengeschwür. Die von ihm durch ihre Spezifität unterschiedenen luetischen und tuberkulösen Geschwüre haben dennoch dieselben Erscheinungen und Komplikationen (?); auf das einfache Geschwür pfropfe sich häufig der Krebs auf. Bezüglich der Behandlung räth der Vortragende, wenn bei langwierigen, immer wieder blutenden Geschwüren die inneren Verordnungen versagen, zum chirurgischen Eingriff.

In der Diskussion betont Herr Ewald-Berlin die hohe Bedeutung der Verwachsungsprozesse in der Umgebung des Magens, welche leicht mit nervösen Erscheinungen verwechselt werden und nur auf blutigem Wege zu behandeln sind.

Herr Turtulis-Bey-Kairo hat in einem Fall akuter echter Lungenentzündung eine Darmblutung beobachtet, die wohl ein Seitenstück zu den von Dieulafoy bei erwähnten Magenblutungen darstellt.

Herr **Tarulla**-Barzelona giebt einen Beitrag zur Kenntniss der selbständigen Magenkrisen. An und für sich sind die Magenkrisen keine eigne Krankheit, sondern eine Störungsgruppe, die sich bei manchen Entartungen des Nervensystems, nicht nur bei Tabes dorsalis, sondern auch beim Lähmungsirrsein und bei multipler Sklerose findet. Dem gegenüber giebt es aber auch Krisen, welche ausschliesslich einem nervösen Reizzustande des Magens ihre Entstehung verdanken. In einem derartigen Falle sah Vortr. binnen 6 Jahren 5 Anfälle eintreten, ohne dass ein Nervenleiden sonst nachweisbar war.

Herr **Einhorn**-New-York bespricht die idiopatische Erweiterung des Oesophagus. Für die Erkennung dieses Leidens ist es wichtig, dass zwar Speiseröhre und Magenmund für den Magenschlauch durchgängig sind, dass aber dennoch durch vorsichtiges Aushebern aus der Speiseröhre selbst Nahrungsreste geholt werden können. Diese sind um so leichter zu erkennen, wenn man charakteristisch gefärbte Flüssigkeiten, z. B. Kaffee vorher trinken lässt. Ferner ergiebt die physikalische Untersuchung ein Fehlen des Schluckgeräuschs. Auf diese Weise hat E. die Krankheit in 12 Fällen festgestellt, zweimal nach Verletzungen, deren Art leider der uns vorliegende Bericht verschweigt. Das Leiden ist sehr langwierig. Der Kranke muss durch Druck auf den Brustkorb die Beförderung der Speisen in den Magen unterstützen, darf nicht zu grobe Kost einnehmen und soll abendliche Ausspülungen der Speiseröhre erhalten.

Herr **Bourget**-Lausanne giebt eine Uebersicht über die Anzeigen und Erfolge der Gastroenterostomie. Seines Erachtens soll der Eingriff ausgeführt werden bei dauernder Veränderung des Pförtners durch Narben, Geschwülste oder bindegewebige Verdickung, nicht dagegen bei vorübergehendem nervösem Krampf und bei Stauungen des Mageninhalts wegen Senkung des Magens oder Erschlaffung seiner Muskeln. Um den einfachen Krampf auszuschliessen, empfiehlt es sich, öfters zu untersuchen, auch wohl der Untersuchung ein lauwarmes Bad oder den Gebrauch von Brom-Kali vorangehen zu lassen. Ob keine blosse Senkung vorliegt, wird durch Aufblähung des Magens entschieden. Völlig zufriedenstellend ist der Erfolg bei den organischen, gutartigen Verengerungen und auch bei entzündlichen Verwachsungen des den Magen umgebenden Bauchfells. Die absondernde Thätigkeit des Magens wird durch den Eingriff mindestens nicht beeinträchtigt, die Muskelthätigkeit wesentlich gebessert. Es stellt sich sogar eine periodische Entleerung des Magens, wie durch einen richtigen Pförtner her. Der Magen gewinnt allmählich seine ursprüngliche Lage und Ausdehnung wieder.

Herr **Gallois**-Paris spricht über Infektionen von adenoiden Vegetationen aus. Er unterscheidet 1. akute oder chronische eitrige Entzündungen der Wucherung, selbst mit eventuellem Ausgang in Septikaemie, 2. ebensolche, die sich auf die Nachbarschaft in Form der verschiedenen Halsentzündungen ausbreiten, 3. Ausbreitung bestimmter Krankheiten — Rose, Impetigo, Lupus, Eczem — auf die Haut benachbarter Theile, 4. Verschleppung von Entzündungen in die Hals-Lymphdrüsen, 5. Fortkriechen von Entzündungen durch das Bindegewebe der Umgebung zu entfernteren Theilen (Gehirn), 6. Uebergang von Tuberkelbazillen und andern Krankheitserregern ins Blut mit entsprechender Allgemeininfektion (Miliartuberkulose, Endocarditis, Rheumatismus).

Der membranösen Dickdarmentzündung galten drei von **Boas**-Berlin, **Mannaberg**-Wien und **Mathieu**-Paris abgestattete Berichte. Boas unterscheidet die echte häutige von der nur anfallsweise, mit beschwerdefreien Zwischenräumen auftretenden schleimigen Entzündung und den vom anatomischen Gesichtspunkt aus der ersteren gleichenden aber künstlich durch wiederholte Einläufe zusammenziehender Mittel bei bestehendem Dickdarmkatarrh erzeugbaren Veränderungen. Eine regelmässige Begleiterscheinung der echten häutigen Entzündung ist Stuhlverstopfung. Mannaberg bezeichnet die von der echten enteritis membranacea zu unterscheidende Krankheit als Schleimkolik. Sie sei ein sehr seltener, durch heftige Schmerzanfälle mit nachfolgender Schleimentleerung gekennzeichneter Zustand. Während die echte häutige Entzündung auf keiner anderen Grundlage entstehe als andere Dickdarmentzündungen auch, sei die Schleimkolik eine Darm-Neurose, häufig begleitet von anderen nervösen Störungen des Verdauungsapparats (nervöse Dyspepsie, Darmkrampf u. s. w.). Mathieu hält die Unterscheidung zweier Formen nicht aufrecht. Er spricht nur von der „Colite mucomembraneuse" als von einer Krankheit, die in ihrer ganzen Stärke nur bei Nervenschwachen auftritt und mit der Nervenkrankheit einen unheilvollen Zirkel bildet. Ursache und auch wieder Wirkung des Leidens sei die Verstopfung, mit deren Behandlung die Heilung der Krankheit gegeben sei. Des weiteren behandelt Vortr. therapeutische Einzelheiten.

In der Erörterung spricht **Langenhagen**-Plombières seine Meinung dahin aus, dass doch ausser der mit Verstopfung einhergehenden Hauptform eine seltenere Form mit anhaltenden Durchfällen bestehe. Er weist auch auf die Wechselbeziehungen zwischen häutiger Dickdarmentzündung und Darmsteinen hin.

Ewald-Berlin nimmt ein einheitliches Wesen der häutigen Entzündung und der Schleimkolik mit neuropathischer Grundlage an und verwirft die Ursächlichkeit der Verstopfung. In ähnlichem Sinne äussert sich **Einhorn**-New-York.

Netter-Paris behandelt die meningitischen Erscheinungen beim Typhus. Er findet, dass die auf Hirnhautentzündung hinweisenden Störungen die Heilungsaussicht sehr trüben. Entweder ist an der Leiche keine wirkliche Entzündung oder aber eine seröse Ausschwitzung, die Eberth'sche Bazillen enthält, vorhanden. In den letzteren Jahren haben die so verlaufenden Typhusfälle an Zahl auffallend zugenommen.

Ordentliche Sitzung des Vereins der Bahn- und Kassenärzte für den Eisenbahndirektionsbezirk Erfurt.

Freitag, den 15. Juni 1900.

Anwesend sind 23 Herren. Der zur Zeit beurlaubte Vorsitzende des Wohlfahrtsausschusses und der Betriebskranken-

kasse für den Direktionsbezirk Erfurt hatte schriftlich bedauert, nicht erscheinen zu können, jedoch einen Vertreter entsandt.

Der Vorsitzende des Vereins, Voigt-Erfurt, begrüsst die Anwesenden und giebt zunächst eine kurze Entstehungsgeschichte des Vereins, dessen Mitgliederzahl seit dem Gründungstage, 15. Dez. 1899, von 23 auf 50 gestiegen sei. Die Königliche Eisenbahndirektion stehe dem Verein sympathisch gegenüber und betrachte ihn als eine Art sachverständigen Beirath, dessen Gutachten schon wiederholt eingefordert worden seien. Es sei wünschenswerth, den Verein weiter zu vergrössern, so dass schliesslich alle Kollegen, zu denen standesgemässe Beziehungen bestünden, Mitglieder würden.

Der Vorsitzende theilt dann mit, dass dem Verein seitens der Eisenbahndirektion eine Schrift zugegangen sei: „Uebersichten über die im Jahre 1899 seitens der Pensionskasse für die Arbeiter der preuss. Staatsbahnverwaltung stattgefundenen Heilverfahren", und macht darauf aufmerksam, dass hierin die Möglichkeit einer Verschickung von Kranken nach Badeorten gegeben sei.

Der Verein beschliesst hierauf, aus seinen Mitteln für jedes Mitglied ein Exemplar der soeben erschienenen Vorlesungen zur Bekämpfung der Tuberkulose zu beschaffen.

Der vom Vorstande des Vereins ohne Genehmigung den Satzungen zugefügte § 9: „Der Fortbestand des Vereins ist von der Kündigung, dem Tode oder dem Konkurs eines Mitglieds unabhängig", wird einstimmig angenommen.

Der Beitritt zum Verband deutscher Bahnärzte wird einstimmig beschlossen.

Für die Sitzung des Verbandes deutscher Bahnärzte am 23. und 24. Juni in Baden-Baden wird der Vorsitzende Dr. Voigt delegirt. Ein weiterer Vorschlag, noch einen zweiten Delegirten auf Vereinskosten zu entsenden, wird abgelehnt.

Voigt-Erfurt hält hierauf seinen Vortrag: **Untersuchungen über die Dienstfähigkeit des Eisenbahnpersonals, insbesondere desjenigen für den äusseren Dienst.** Er bespricht ausführlich die Untersuchungen über das Sehvermögen, wie dieselben vor 1897 gehandhabt worden seien und hebt die grossen Fortschritte hervor, welche der Erlass des Herrn Ministers vom 7. Januar 1897 und vom 5. August 1898 mit sich gebracht habe, so dass gegenwärtig in Bezug auf das Sehvermögen bei den verschiedenen Kategorien der Eisenbahnbediensteten nicht mehr der geringste Zweifel obwalten könne. Nach dem Erlass des Ministers vom 29. Mai 1899 müssten ferner die Militäranwärter und Civilsupernumerare ohne Rücksicht auf ihre spätere Verwendung im äusseren oder inneren Dienst im Allgemeinen die für den Bahnhofsdienst erforderliche Sehschärfe haben. Der Vortragende bespricht dann die verschiedenen Krankheiten und Krankheitsanlagen, welche die Verwendung und Anstellung im äusseren Eisenbahndienst ausschliessen und kommt zu dem Schlusse, dass bei der ungemein grossen Verantwortung, welche der Eisenbahnbedienstete zu tragen habe und bei den grossen körperlichen Anstrengungen, denen er ausgesetzt sei, die grössten Anforderungen an die körperliche Tüchtigkeit gestellt werden müssten. Da die körperlichen Anstrengungen noch grösser seien als beim Militär, müsse im Allgemeinen der Grundsatz festgehalten werden, dass derjenige, der nicht fähig zum Militärdienst befunden sei, auch nicht tauglich zur Bekleidung eines Postens im äusseren Eisenbahndienst erachtet werden könne.

In der folgenden Diskussion pflichtet Thierbach-Gera im Allgemeinen bei, doch kämen Fälle vor, wo Leute zum Eisenbahndienst tauglich seien, die von der Militärbehörde als dienstuntauglich abgewiesen wären, ebenso wie auch umgekehrt Militärdiensttaugliche zuweilen den Anforderungen der Eisenbahndiensttauglichkeit nicht genügten. Hanns-Sonneberg meint die Beurtheilung der Dienstbrauchbarkeit beim Militär richte sich oft nach dem Bedürfniss, Leute einzustellen.

Der angekündigte Vortrag des Herrn Medizinalraths Dr. **Brauns**-Eisenach: „**Besprechung der Missstände bei Ausübung der bahn- und kassenärztlichen Praxis und Vorschläge zu deren Beseitigung**" musste leider in Folge dringender Abhaltung des Referenten ausfallen bezw. auf eine spätere Sitzung verschoben werden. Baehr-Erfurt war indessen in der Lage, kurz diejenigen Punkte zu skizziren, welche Brauns später ausführlicher beleuchten wird. Als Missstände, die dringend unter voraussichtlicher Beihülfe der Kgl. Eisenbahndirektion und des Betriebskrankenkassenvorstandes zu beseitigen erwünscht sind, bezeichnet derselbe: die Unsitte den Arzt mittelst Diensttelegramm auch in nicht dringlichen Fällen schleunigst herbeizurufen (es sei nothwendig, den Begriff der dringlichen Fälle so scharf wie möglich zu präzisiren), die Gewohnheit, Bestellungen für gewöhnliche Besuche u. s. w. ausserhalb der ärztlichen Sprechstunden abzugeben, ebenso wie die Nichteinhaltung der Sprechstunden seitens der Consultirenden, ferner die Häufung der Nachtbesuche in nicht dringenden Fällen, dann den Missbrauch, welcher mit dem Begriff „Angehörige der Kassenmitglieder" getrieben wird und dergl. mehr. Redner bittet die Anwesenden, diesbezügliches Material zu sammeln, damit die an den von Brauns zu erwartenden Vortrag sich anschliessende Diskussion vorhandene Schäden aufdecken und beseitigen helfe. Nur wenn positives Material beigebracht werde, könne auf Abhülfe gerechnet werden.

Nach Erledigung einiger Punkte von nicht allgemeinem Interesse ist die Tagesordnung erschöpft.

Die Versammlung setzt den Beginn ihrer Sitzungen auf 12 Uhr Mittags und als Tag den Donnerstag fest, welcher den auswärtigen Kollegen am genehmsten liegt.

Baehr-Erfurt.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Lungenleiden als Folge eines Betriebsunfalls.

Entscheidung vom 30. Juni 1900.

Der Böttcher J. Sch. aus B. erlitt am 17. Dezember 1897 eine Quetschung der Nagelglieder des Mittel-, des Ring- sowie des kleinen Fingers. Durch Bescheid der Sektion VI der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft vom 12. August 1898 wurde Sch. mit seinen Rentenansprüchen auf Grund eines Gutachtens des Sanitätsraths Dr. H. vom 8. August abgewiesen. Dieser Arzt hatte ausgeführt, dass die verletzten Finger wieder vollkommen gebrauchsfähig geworden wären, obwohl die Nagelglieder des Ring- und des Mittelfingers in ihren Gelenken in etwas gebeugter Stellung unbeweglich standen, und dass an der Brust objektiv keinerlei krankhafte Veränderungen wahrgenommen werden können. Sch. hat nun gegen den Bescheid der Genossenschaft rechtzeitig Berufung eingelegt und Gewährung der Vollrente beantragt. Er hat insbesondere geltend gemacht, dass der Unfall eine Erkrankung des Brustfells und der Lunge zur Folge gehabt hat. Das Schiedsgericht wies jedoch die Berufung als unbegründet ab und machte u. A. Folgendes geltend: Im schiedsgerichtlichen Verfahren ist zunächst auf Erfordern des Vorsitzenden durch den Assistenzarzt am städtischen Krankenhaus Dr. v. G., welcher den Kläger behandelt hat, ein Gutachten erstattet worden. Danach besteht bei Sch. eine auf den Unfall zurückführende Lungenerkrankung, durch welche derselbe

um 75 pCt. in seiner Erwerbsfähigkeit behindert ist. Dr. v. G. nimmt an, dass das jedenfalls schon vor dem Unfall im Körper ruhende Tuberkelgift durch die gelegentlich des Unfalls aufgewendete Körperanstrengung frei gemacht worden ist und dann die allmähliche Entwickelung der Lungenkrankheit herbeigeführt hat. Mit Rücksicht darauf, dass der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft, Dr. H., es vom wissenschaftlichen Standpunkte aus für höchst unwahrscheinlich erklärte, dass zwischen der $4^1/_2$ Monate nach dem Unfalle, am 24. August 18!8 aufgetretenen Lungenblutung sowie der sich daran schliessenden Erkrankung der Lunge, und dem Unfalle ein ursächlicher Zusammenhang bestehe, schien die Einholung eines Obergutachtens geboten. Um Erstattung eines solchen ist der Kgl. Universitätsprofessor Dr. R. ersucht worden und hat derselbe dieses am 28. Februar 1899 abgegeben. Dr. R. tritt im Wesentlichen den Ausführungen des Dr. H. bei und gelangt im Verfolg derselben zu dem Schlusse, dass bei Sch. die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Entstehung der jetzigen Lungenerkrankung und dem Unfalle vom 9. April 1898 zwar nicht unbedingt auszuschliessen sei, dass aber mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit ein solcher Zusammenhang nicht angenommen werden könne. Da letzteres aber nach der Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts zur Herstellung des ursächlichen Zusammenhanges erforderlich ist, so hat das Schiedsgericht den einwandfreien Darlegungen des Professors R. folgend, das jetzige Lungenleiden des Sch. als Unfallfolge nicht anzuerkennen vermocht. Da ferner bezüglich der Handverletzung auf Grund des eingenommenen Augenscheins eine wesentliche Behinderung nicht festzustellen war, so mussten die Rentenansprüche des Klägers als unbegründet zurückgewiesen werden.

Gegen diese Entscheidung legte der Kläger Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein; auch wurde das Verfahren von seinen Hinterbliebenen nach seinem Tode fortgesetzt. Das Rekursgericht stellte noch Ermittelungen an. Ein Werkmeister bekundete noch, dass Sch., als er einige Monate nach dem Unfall zu arbeiten begann, nicht so viel leisten konnte als seine Kollegen und auch etwas weniger Lohn erhielt. Er habe bemerkt, dass Sch. sich bei der Arbeit quälte; nach Ablauf der vierten Woche sei dann Sch. entlassen worden; letzterer habe auch über seine Brust geklagt. Das Reichs-Versicherungsamt hob darauf die Vorentscheidung auf und verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung, da nach den angestellten Ermittelungen in Verbindung mit den ärztlichen Gutachten anzunehmen sei, dass das Lungenleiden auf den Unfall zurückzuführen sei. M.

Tod durch Lungenentzündung. Betriebsunfall liegt nicht vor.
Entscheidung vom 30. Mai 1900.

Der Tagearbeiter J. K., welcher zuletzt auf der Königin Luise-Grube beschäftigt war, ist am 7. Mai 1899 im Knappschaftslazareth zu Zabrze an Lungenentzündung gestorben, nachdem er am Tage vorher daselbst zur Kur aufgenommen worden war. Die Hinterbliebenen haben Gewährung einer Unfallrente mit der Begründung beantragt, dass K. Anfang Mai 1899 beim Heben von Cementfässern einen Unfall erlitten habe, an dessen Folgen er verstorben sei. Die Rentenansprüche sind in allen Instanzen abgelehnt worden. Gründe:

Der Knappschaftsarzt Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 11. Juli 1899 auf Grund der Oeffnung der Leiche des J. K. rechtsseitige Lungenentzündung als Todesursache angegeben. Bei der Aufnahme in das Lazareth habe er stark nach Schnaps gerochen und den Eindruck eines an delirium tremens leidenden Mannes gemacht.

Dieser ermittelten Todesursache gegenüber ist es unerheblich, dass der Verstorbene acht Tage vor seinem Tode den Arbeitsgenossen Mittheilung über angebliche Schmerzen im Leibe gemacht haben soll. Selbst wenn solche Schmerzen thatsächlich bestanden hätten, so ist dadurch noch nicht der Beweis für einen Betriebsunfall erbracht. Beim Heben von Cementfässern, einer betriebsüblichen Arbeit, konnten, wie der Sachverständige ausführt, solche Zerrungen der Lunge nicht stattfinden, welche die zum Tode führende Lungenentzündung hätten herbeiführen können.

Zutreffend haben daher die Vorinstanzen den ursächlichen Zusammenhang zwischen der angeblichen Anstrengung beim Heben von Cementfässern und dem Tode des Erblassers der Kläger verneint. (Compass)

Tod in Folge einer durch Infektion des Blutes hervorgerufenen Lungenentzündung. Verneinung der gesetzlichen Entschädigungspflicht.

Der Arbeiter L. hatte sich am 3. August 1898 eine Hautabschürfung an der linken Hand zugezogen, welche nach einigen Tagen verheilte. Kurze Zeit darauf stellte sich bei dem L. eine entzündliche Stelle des rechten Fussballens ein, welche zu einer Infektion des Blutes und zu einer Lungenentzündung führte, an deren Folgen L. am 19. August 1898 verstarb. Ablehnung des Entschädigungsanspruches Seitens der Genossenschaft, weil der ursächliche Zusammenhang des Todes mit der am 3. August erlittenen geringfügigen Abschürfung an der linken Hand nicht feststand. Das Schiedsgericht verurtheilte die Genossenschaft unter dem 16. November 1898 zur Rentenzahlung.

Auf erhobenen Rekurs der Letzteren ist der Ablehnungsbescheid der Genossenschaft unter Aufhebung der Schiedsgerichtsentscheidung mit nachstehender Begründung wieder hergestellt:

Die von der Klägerin erhobenen Ansprüche haben zur Voraussetzung, dass der Tod des Ziegeleiarbeiters L. ursächlich auf einen Betriebsunfall zurückzuführen ist. Als Betriebsunfall kann dabei sowohl eine äussere, bei der Betriebsbeschäftigung eingetretene Verletzung, wie auch die während der Arbeit erfolgte Vergiftung einer Wundstelle angesehen werden, da sich das Eindringen krankheitserregender Stoffe naturgemäss in einem kurzen Zeitraume vollzieht. In keiner dieser Beziehungen ist aber ein ausreichender Beweis geführt. Allerdings hat die Unfalluntersuchung ergeben, dass der Arbeiter L. sich am 3. August 1898 eine leichte Handverletzung bei der Betriebsbeschäftigung zugezogen hat; indessen war diese Verletzung offenbar schon nach einigen Tagen wieder vollständig geheilt, sodass sie bei der Untersuchung durch den Dr. J. in B. gar nicht bemerkt worden ist. Auch nimmt weder dieser Sachverständige, noch der Königl. Stabsarzt Dr. R. in B. an, dass die Wunde an der Hand die Eingangsstelle für schädliche Stoffe gebildet habe. Der Arbeiter L. soll dann allerdings noch eine weitere Verletzung am Fusse im August 1898 erlitten haben, jedoch ist von einem solchen Unfalle weder dem Arbeitgeber noch den Mitarbeitern etwas bekannt geworden. Die blosse Angabe der Wittwe L. kann bei dieser Sachlage nicht als genügender Beweis dafür angesehen werden, dass ihr Ehemann sich thatsächlich bei der Arbeit eine Wunde am Fusse zugezogen hat, zumal da sie selbst erst im Laufe des Verfahrens mit dieser Behauptung hervorgetreten ist, und es zudem nicht wahrscheinlich ist, dass der bei der Arbeit durch einen Schuh geschützte Fuss des L. hierbei aufgerissen worden ist. Ebensowenig ist dargethan, dass die Blutvergiftung bei der Arbeit erfolgt ist. Da auch eine weitere Beweisaufnahme unter den vorliegenden Umständen zu einer einigermassen sicheren Fest-

stellung nicht führen könnte, so musste dem Rekursantrage der Beklagten stattgegeben werden, womit sich auch der Kostenantrag der unterliegenden Kläger erledigt.

(Unf.-Vers.-Pr.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ist einem medizinischen Laien die Erlaubniss zur Errichtung einer Krankenanstalt unter der Bedingung ertheilt worden, dass die Anstalt von einem approbirten Arzt geleitet werde, so kann die Erlaubniss zurückgenommen werden, wenn diese Bedingung nicht erfüllt wird.

Entscheidung vom 14. Juni 1899.

Der Bezirksausschuss hatte 1889 einem medizinischen Laien die Genehmigung gegeben, eine Wasserheilanstalt nach Schroth'schem System unter der Leitung des Dr. med. N. zu errichten und in Betrieb zu nehmen. Vor einiger Zeit wurde aber von der Behörde beim Bezirkssusschuss im Klagewege beantragt, die ertheilte Erlaubniss wegen Unzuverlässigkeit zu entziehen. Die Klage wurde jedoch schliesslich vom Oberverwaltungsgericht aus folgenden Gründen abgewiesen: Die Zuverlässigkeit des fraglichen Laien für den Betrieb der Krankenanstalt lässt sich nicht schon deshalb absprechen, weil er ohne Genehmigung einmal Arzneien verkauft hat und weil er diejenigen Kranken behandelt, die seine Hilfe in Anspruch nehmen. Ersteres ist offenbar hierfür ganz unerheblich, und Letzteres ist ihm nicht verwehrt, da die Reichsgewerbeordnung die Heilbehandlung den Aerzten nicht vorbehalten hat. Dass die Behandlung des Laien sich für die Kranken nachtheilig erwiesen hat, dafür liegt nach dem Ergebniss der Beweisaufnahme nichts vor. Dagegen ist dem Bezirksausschuss darin nicht beizutreten, dass dem Laien die Erlaubniss auch dann nicht entzogen werden könnte, wenn er im Widerspruch mit den Bedingungen, unter denen ihm die Erlaubniss ertheilt worden ist, die Krankenanstalt ohne die Mitwirkung eines leitenden Arztes in Betrieb gehalten hat; dass alsdann nur die Bestrafung des Laien wegen unbefugten Gewerbebetriebes gemäss § 147 No. 1 der Reichsgewerbeordnung, wie der Bezirksausschuss ausführt, in Frage kommen könnte, ist irrig. Der Bezirksausschuss übersieht, dass dem Laien als Unternehmer die Genehmigung zum Betrieb der Anstalt ertheilt worden ist, und dass die Nichtachtung der gestellten Bedingungen den genehmigten Betrieb nicht zu einem ungenehmigten macht. In dem Betrieb der Anstalt ohne einen leitenden Arzt im Widerspruch mit den Bedingungen, unter denen die Erlaubniss ertheilt und angenommen ist, müsste aber eine Verletzung der in den Laien für die Ausübung seines Gewerbes gesetzten besonderen Pflicht erblickt werden, und die Verletzung der Gewerbepflichten kommt rech eigentlich als eine Handlung oder Unterlassung im Sinne des § 53 der Reichsgewerbeordnung in Betracht, aus der auf Seiten des Gewerbetreibenden der Mangel der bei Ertheilung der Erlaubniss vorausgesetzten Eigenschaften gefolgert werden kann. Hieran würde auch nichts ändern, dass die Aerzte der Umgegend in Folge eines Beschlusses des Aerztevereins, diejenigen von der Mitgliedschaft auszuschliessen, die die Leitung derartiger Anstalten übernehmen, die Uebernahme der ihnen von dem Laien angetragenen Leitung ablehnen; der Laie hätte immerhin in Beachtung der gestellten Bedingung den Betrieb der Anstalt so lange ruhen lassen müssen, bis er einen Arzt für die Leitung der Anstalt fand. Der Beschluss des Bezirksausschusses kann indess, wie der Bezirksausschuss selbst annimmt, nicht in dem Sinne verstanden werden, dass damit dem Laien zur Pflicht gemacht ist, für die Leitung der Anstalt einen Arzt zu halten. Auch wenn der Beschluss über seinen Wortlaut hinaus, wonach der Laie im Widerspruch mit den Grundsätzen der Gewerbeordnung auf eine bestimmte Heilmethode und einen bestimmten Arzt verwiesen worden ist, dahin aufgefasst wird, dass ihm die Annahme eines Arztes überhaupt zur Pflicht gemacht worden ist, so ergiebt sich vorweg der Zweifel, ob die Worte „ärztliche Leitung" in dem Sinne „Leitung der Anstalt durch einen Arzt" gemeint sind. Dass hierunter die Uebertragung der äusseren Leitung und der Verwaltung der Anstalt an einen Arzt verstanden ist, muss den vorliegenden Umständen nach für ausgeschlossen erachtet werden. Da es dem Laien offenbar auf die Behandlung Derjenigen, die sich ihm anvertrauen, nach seiner Art, ankam, kann ihm nicht unterstellt werden, dass er mit dem seinem Antrag beigefügten Zusatz: „Die ärztliche Leitung hat Dr. N. übernommen" zum Ausdruck hat bringen wollen, die innere Leitung der Anstalt und die Anordnung, wie die Kranken zu behandeln seien, solle einem Arzt vorbehalten bleiben. Näher liegt dies, dass er nur hat ausdrücken wollen, Dr. N. werde die ärztliche Behandlung leiten, soweit eine solche in Anspruch genommen oder für geboten erachtet werden sollte. Hierfür und dass auch der Bezirksausschuss den Hinweis auf die ärztliche Behandlung nur in diesem Sinne verstanden hat, liegt auch ein bestimmter Anhalt in den dem genehmigenden Beschluss vorausgegangenen Verhandlungen vor. Gegen die Genehmigung des Antrages hatte sich der Kreisphysikus entschieden ausgesprochen, weil die Behandlung nach dem Schroth'schen Heilverfahren die beständige Aufsicht eines Arztes erfordere und Dr. N. mit Rücksicht auf die grosse Entfernung seines Wohnortes von dem Sitz der Krankenanstalt hierzu ausser Stande sei. Der Landrath hat jedoch bei Vorlage der Aeusserung des Kreisphysikus die Genehmigung des Antrages mit dem Bemerken befürwortet, dass der Laie ein rechtschaffener, ordentlicher und gewissenhafter Mann sei, der die Anstalt sicherlich nach bester Ueberzeugung leiten werde. Die Durchführung der Schroth'schen Methode setze seines Wissens ärztliche Vorkenntnisse nicht voraus. Dr. N. solle die Patienten bei der Aufnahme untersuchen. Wenn der Bezirksausschuss demgegenüber die Erlaubniss im Anschluss an den Wortlaut des Antrages des Laien ertheilt hat, so muss umsomehr angenommen werden, dass er unter der ärztlichen Leitung dasselbe gemeint hat, was hierunter der Landrath augenscheinlich in Uebereinstimmung mit dem Laien verstanden hat, als es doch nahe lag, wenn dem Gutachten des Kreisphysikus gefolgt wurde, die Erlaubniss zu versagen oder doch dem Landrath behufs Unterrichtung des Laien zu eröffnen, dass der Hinweis auf die ärztliche Leitung nicht in dem Sinne des Landraths zu verstehen sei. Dies ist nicht geschehen, dem Landrath vielmehr bei Uebersendung der Erlaubniss nur die Ueberwachung zur Pflicht gemacht, dass die Anstalt nach Massgabe des vorgelegten Planes gebaut und der Beschreibung entsprechend geführt werde. Da der Laie bestrebt gewesen ist, einen Arzt den Kranken auf Erfordern und auch, wenn ihm dies geboten erschien, zur Verfügung zu halten, und da die Erfolge seiner Heilbehandlung nicht zu beanstanden gewesen sind, rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Müller, Dr. Fr. E., ständiger Vertrauensarzt der Fleischerei-berufsgenossenschaft in Lübeck. Was müssen die Berufsgenossenschaften von den Aerzten verlangen? Lübeck, 1900. Max Schmidt. 32 Seiten. Preis 50 Pf.

Durch eine Umfrage bei sämmtlichen 65 Industrie-Berufsgenossenschaften Deutschlands hat der Verfasser festgestellt, dass zwar leider eine Anzahl derselben schon ausschliesslich mit fest angestellten Vertrauensärzten arbeitet, dass einige andere zwar nicht so exklusiv sind, aber durch sorgfältig ausgearbeitete Fragebogen dem minder bewanderten Arzte die

springenden Punkte der Fragestellung klar zu machen suchen dass aber eine grössere Anzahl von Berufsgenossenschaften auf dem Standpunkt steht, grade von der grundsätzlichen Heranziehung der gesammten Aerzteschaft zur praktischen Ausführung des Unfallgesetzes noch viel Erfolg zu erhoffen.

Damit ist die Situation vollkommen gekennzeichnet. Jeder praktische Arzt in Deutschland kann in die Lage kommen, Unfallfolgen begutachten zu sollen, und es ist im Interesse unseres ganzen Standes dringend wünschenswerth, dass Jeder dieser Aufgabe auch gewachsen sei. Um dies zu sein, muss er drei Bedingungen genügen, die der Verfasser seinen Ausführungen als Leitsätze voranstellt:

1. Jeder Arzt muss heutzutage eine genügende Kenntniss der Bestimmungen des Unfallgesetzes besitzen.

2. Jeder Arzt muss wenigstens die hauptsächlichsten Erfahrungen beherrschen, die bei der Ausführung des Unfallgesetzes und auf dem Gebiete der Unfallheilkunde gemacht worden sind.

3. Jeder Arzt muss es verstehen (durch bewusste Rücksichtnahme auf die durch das Gesetz und den Gebrauch geregelte Rechtsprechung in Unfallsachen) seinem ärztlichen Gutachten den Werth zu verleihen und zu sichern, der dem ärztlichen Zeugniss in Unfallsachen thatsächlich und von Rechtswegen zukommt.

Man mag entgegnen: „Diese Wahrheiten sind bis zur Trivialität oft wiederholt worden, und es giebt wenige Aerzte, die sie nicht anerkennten.“ Aber es ist ein weiter Schritt vom rein platonischen Anerkennen bis zur gründlichen Befolgung solcher Grundsätze. Mit dieser hapert es noch häufig genug und gewiss grossen Theils deshalb, weil es dem Neuling, dem ganz Ungeübten bisher an einem ganz billigen, kurzen und übersichtlichen Leitfaden gefehlt hat, aus dem er sich über Wesen und Bedeutung seiner Aufgabe in grossen Zügen orientiren konnte. Müller hat sich ein Verdienst um die Aerzteschaft dadurch erworben, dass er einen solchen Leidfaden in klarer, bündiger Form, in ruhiger, alle Gehässigkeiten vermeidender Sprache geschrieben hat.

Am besten hat uns die den ersten Leitsatz erläuternde kurze Uebersicht der gesetzlichen Grundlagen gefallen. Weit schwieriger war es natürlich, den zweiten Satz zu kommentiren, weil es sich dabei doch nur um ein Herausgreifen besonders wichtiger Unfallfolgen handeln konnte. Verf. hat sich auf die Unfallneurosen, auf die Unterleibs- und Knochenbrüche beschränkt. Wir würden es zweckmässig finden, wenn in der nächsten Auflage auch die allgemein zu berücksichtigenden Grundsätze bei der Beurtheilung des Zusammenhanges zwischen inneren Krankheiten und Unfällen Platz fänden.

In Bezug auf die Unfallneurosen können wir M.'s Standpunkt nicht so ganz theilen. Er möchte, dass alle Aerzte sich auf das Strümpell'sche Dogma einschwören, dass die Einsprüche der „hypochondrischen“ Unfallkranken womöglich von Anfang an abzuweisen seien. So gern wir glauben, dass „die Berufsgenossenschaften dies aufs lebhafteste wünschen“, und so allgemein auch unseres Erachtens der Satz gilt, dass man Unfall-Hypochonder nicht durch hohe Renten von der Arbeit entwöhnen soll, so ist doch Strümpell's radikale Anschauung keineswegs Gemeingut der ärztlichen Wissenschaft. Besonders ausdrücklich aber muss darauf hingewiesen werden, dass nach vielen Verletzungen, zumal denen des Central-Nervensystems, oft lange Zeit gar nicht zu entscheiden ist, ob nicht den scheinbar rein nervösen Beschwerden organische Veränderungen zu Grunde liegen.

Wir haben diesen einzelnen Punkt seiner prinzipiellen Bedeutung wegen etwas weitläufiger ausgeführt, nicht aber um durch diese Kritik den Werth des Schriftchens irgendwie herabzusetzen.

Im Auftrage verschiedener Berufsgenossenschaften schliesst Verf. den zweiten Abschnitt mit dem Rath, dass der praktische Arzt, um über den Stand der Unfallheilkunde auf dem Laufenden zu bleiben, regelmässig eine Zeitschrift für Unfallheilkunde oder Sachverständigenthätigkeit halten sollte. Der dritte Abschnitt enthält Einzelheiten über die zu empfehlende Form der Gutachten, die vielleicht etwas plastischer gekennzeichnet sein könnte. Den Schluss bilden drei wirklich abschreckende Beispiele derjenigen Gutachten, die der Verfasser ohne Uebertreibung als unbrauchbar bezeichnet.

Wenn die kleine Schrift diejenige Verbreitung findet, die sie ihrem Inhalt nach verdient und ihrer Billigkeit nach finden kann, wird sie segensreich wirken.

Kafemann, Dr. R., Privatdozent in Königsberg. Rhinopharyngologische Operationslehre mit Einschluss der Elektrolyse für Aerzte und Studirende. Mit 72 Abbildungen im Text. Halle a. S. 1900. Verlag von Karl Marhold. 112 Seiten. Preis 3,00 Mk.

In der Gestalt von Vorlesungen und unterstützt durch eine stattliche Anzahl von grösstentheils recht guten und instruktiven Abbildungen giebt der Verfasser einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Operationen, die im Rachen und in der Nase mit ihren Nebenhöhlen vom Spezialisten vorgenommen werden; von der Schilderung der rein chirurgischen Operationen, die zur Beseitigung grösserer Geschwülste etc. (Sarkom, Carcinom, Tuberkulose) vorgenommen werden, ist dagegen Abstand genommen worden. Er wendet sich mit seinen Ausführungen aber nicht an den Spezialisten, sondern an den praktischen Arzt, von dem er mit Recht verlangt, dass er die kleineren und landläufigeren Operationen, die hier in Frage kommen, selbständig und ohne Zuziehung des Spezialisten auszuführen im Stande ist; er erblickt in dieser erweiterten technischen Ausbildung ein soziales Moment, das dem Niedergang des Ansehens des ärztlichen Standes beim Publikum entgegenzuwirken geeignet sei.

Die Darstellung ist überall klar und verständlich; sie hält sich frei von Nebensächlichem und giebt in der Hauptsache nur die empfehlenswerthen Operationsmethoden wieder, wie sie Verfasser selbst übt und bei seinen Operationskursen an der Leiche zu lehren pflegt.

Zuerst wird die Operation der hyperplastischen Rachenmandel, der Gaumenmandeln und schliesslich der Zungentonsille geschildert. Die hierbei vorkommenden und oft recht gefährlichen und namentlich für den darauf nicht vorbereiteten Operateur höchst unangenehmen Blutungen werden dabei ebenso wie die dagegen anzuwendenden Massnahmen besonders eingehend erörtert. — Daran schliessen sich die Operationen an den krankhaft veränderten weichen Geweben in der Nase und im Epipharynx. Verfasser nimmt hierbei Gelegenheit, vor der Anwendung ätzender Stoffe, wie Chromsäure, Trichloressigsäure, Höllenstein u. s. w., zu warnen; auch den Gebrauch der Galvanokaustik, das noch bis vor wenig Jahren so beliebte sogenannte „Ausbrennen“ der Nase, räth er einzuschränken. Ebensowenig empfiehlt er das elektrolytische Vorgehen, vielmehr giebt er dem schneidenden Instrument, der Schlinge, der Zange, der Scheere und dem Messer, in jedem Falle den Vorzug.

Die Operationen am Knochen und Knorpel der Nase umfasst die nächste Vorlesung (ist die hier mehrfach wiederkehrende Schreibweise Lympfe statt Lymphe beabsichtigt?), und in der letzten folgen Erörterungen über die operative Behandlung (warum „Nachbehandlung“?) der Nebenhöhlen. Anhangsweise sind dann noch einige interessante Bemerkungen

über die Elektrolyse angeschlossen, mit der sich Verfasser selbst eingehender beschäftigt hat.

Die Schrift enthält eine grosse Reihe sehr beherzigenswerther Winke gerade für den praktischen Arzt; insbesondere ist für letzteren der Abschnitt über die Operationen an den adenoiden Geweben sehr lehrreich und lernenswerth. In den übrigen Kapiteln aber geht Verfasser vielfach über die Bedürfnisse des praktischen Arztes hinaus; es verdient dies hervorgehoben zu werden, weil es zu bedauern wäre, wenn die so verdienstvolle Arbeit etwa hie und da den Erfolg hätte, den auf vorliegendem Gebiet praktisch nicht geschulten und geübten Arzt zu veranlassen, auch an die schwierigeren der geschilderten Operationen mit kühnem Wagemuth, aber ohne ausreichende Erfahrung und Sachkenntniss heranzugehen. Besonders auf dem Gebiete der Verbildungen und Missbildungen im Naseninnern, wo die Operation oft nur lästige, aber nicht direkt gefährliche Erscheinungen zu beseitigen hat, muss für den nicht spezialistisch geschulten Arzt das „quieta non movere" noch immer Gesetz bleiben; manche wirklich schweren Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen sind nur die Folge vorheriger kleiner, nicht sachgemäss genug ausgeführter operativer Eingriffe. Es wäre zu wünschen gewesen, dass Verfasser dies selbst zum Ausdruck gebracht hätte; doch kann in der Unterlassung dieses Hinweises ein die Brauchbarkeit der trefflichen Schrift beeinträchtigendes Moment nicht erblickt werden. Richard Müller.

Kafemann, Dr. R., Privatdozent. Lebensversicherung und sogenannte primäre Kehlkopftuberkulose. Halle a. S. 1900. Verlag von Carl Marhold. 15 S. Pr. 0,60 M.

Verf. weist an der Hand von 6 näher geschilderten Fällen auf die Wichtigkeit der Untersuchung des Kehlkopfes bei der Aufnahme in Lebensversicherungen hin, weil tuberkulöse Affektionen des Kehlkopfes bisweilen eine frühzeitige Diagnose der in der Entwickelung befindlichen, sonst aber noch nicht nachweisbaren Tuberkulose ermöglichen. Damit ist in der That das Interesse der Versicherungs-Gesellschaften gewahrt. Wir wollen aber hinzufügen, dass auch dem Kranken mit der frühzeitigen Erkennung seines Leidens, das in diesem Stadium vielfach noch heilbar sein wird, ein Dienst erwiesen ist.

R. M.

Tagesgeschichte.

Stadtärzte.

Nach dem § 3, Absatz 5 des Gesetzes betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheits-Kommissionen vom 16. 9. 1899, welches voraussichtlich am 1. 4. 1901 in Kraft tritt, können bekanntlich in Stadtkreisen, die als Kommunalbeamte angestellten Stadtärzte von dem Minister der Medizinal-Angelegenheiten mit Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes beauftragt werden. Wie bereits Frankfurt a. M. und Breslau, so hat jetzt auch der Magistrat der Stadt Dortmund die Anstellung eines Stadtarztes für den Stadtkreis Dortmund beschlossen. In der Dortmunder Zeitung vom 2. 8. 1900 wird nun der Beschäftigungs- und Besoldungsplan des anzustellenden Stadtarztes folgendermassen beschrieben: „Dem Stadtarzt würden etwa folgende Aufgaben zufallen:

1. Gutachten in den Angelegenheiten des Gesundheitswesens auf Ersuchen der zuständigen Behörden zu erstatten, den letzteren auch Vorschläge zur Abstellung von Mängeln in der öffentlichen Gesundheitspflege zu machen. Polizeiverordnungen in dieser Richtung zu begutachten;

2. die gesundheitlichen Verhältnisse des Stadtkreises, insbesondere auch das Desinfektionswesen, das Abdeckereiwesen, die Einrichtung der Kanalisation u. s. w. zu beobachten, das Trinkwasser, wie alle übrigen Nahrungs- und Genussmittel fortlaufend auf ihre Gesundheitsschädlichkeit zu untersuchen;

3. auf die Bevölkerung durch Bekanntmachungen, Pressnotizen, Vorträge oder ähnlich aufklärend und belehrend einzuwirken;

4. die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung und der hierauf bezüglichen Anordnungen zu überwachen;

5. die Heilanstalten und andere zur Gesundheitspflege getroffenen Einrichtungen zu beaufsichtigen,
   a) als Heilanstalten kommen ausser den Krankenhäusern auch die Privatkliniken;
   b) als andere zur Gesundheitspflege getroffenen Einrichtungen u. a. das chemische Untersuchungsamt, die Desinfektionsanstalt, die Schulhygieine etc., in Betracht;

6. über Apotheken- und Drogen- wie über das Hebammenwesen, schliesslich auch über die Heilgehülfen und anderes Hülfspersonal der zur Gesundheitspflege getroffenen Einrichtungen die Aufsicht zu führen;

7. auf Ersuchen des Magistrats oder des Stadtausschusses oder des Vorsitzenden dieser Körperschaften mit berathender Stimme an ihren Sitzungen theilzunehmen;

8. an den Sitzungen der Gesundheitskommission, deren Zusammenberufung er jederzeit verlangen kann, mit berathender Stimme theilzunehmen;

9. die städtischen Beamten vor der Anstellung und event. vorzeitigen Pensionirung auf ihren Gesundheitszustand zu untersuchen;

10. die Geschäfte des Impfarztes und

11. diejenigen des Gerichtsarztes zu übernehmen;

12. die Ausbildung der städtischen Polizei, Exekutivbeamten, der Feuerwehrleute und der Schüler der königlichen Maschinenbauschulen im Samariterdienst zu leiten.

Ein Theil dieser Geschäfte wird bereits jetzt durch den Kreisphysikus auf Kosten der Stadt wahrgenommen. Hierfür erwachsen der Stadt jährlich ungefähr folgende Ausgaben:

Für Impfungen	4000 Mk.
Für Abhaltung von Samariterkursen	400 Mk.
Für Besichtigung der Drogengeschäfte	250 Mk.
Für Besichtigung der Privatkranken-Anstalten	50 Mk.
Für Untersuchung der städtischen Beamten, etwa 40	240 Mk.
insgesammt	4940 Mk.

Der Magistrat hat in Aussicht genommen, das Gehalt des Stadtarztes auf jährlich 7000 Mk., steigend von 3 zu 3 Jahren um je 500 Mk. bis zur Höhe von 10000 Mk., festzusetzen. Von diesem Gehalt würde jedoch die Einnahme des Stadtarztes aus seiner Thätigkeit als Gerichtsarzt abgezogen werden können. Diese Einnahme betrug bisher jährlich etwa 800 Mk.

Hiernach würde die Stadt bei Annahme obigen Gehaltsabzugs zunächst 7000 — (4940+800) Mk. d. s. 1260 — zuzuschiessen haben. Der Stadt erwächst jedoch der Vortheil, dass der Stadtarzt als Kommunalbeamter jederzeit zu ihrer Verfügung steht und — unter billiger Wahrung der Staatsinteressen — ausschliesslich im Interesse der Stadt thätig ist. Es ist auch in Aussicht genommen, die Ausübung eines Nebenamtes dem Stadtarzt nur in Ausnahmefällen und zwar jederzeit widerruflich zu gestatten, ihm auch die Ausübung der Privatpraxis mit Ausnahme in besonders dringenden Fällen und von Konsultationen mit anderen Aerzten zu untersagen."

B.

Unfallverhütungskommission in Oesterreich.

Seit neuester Zeit besteht im Oesterreichischen Handelsministerium eine Kommission, welche die Aufgabe hat, in allen,

auf den Schutz des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter gegen Unfälle bezüglichen Angelegenheiten, die Regierung zu berathen. Insbesondere hat die Kommission Gutachten über zu erlassende Unfallverhütungsvorschriften auszuarbeiten. Angehören sollen ihr 16 bis 20 Mitglieder aus den Kreisen der industriellen Technik, der Hygiene, Vertreter der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten, Unternehmer und Versicherungspflichtige der, dem Unfallversicherungsgesetz unterstehenden Betriebe. Die Kommission hat das Recht, auch unaufgefordert, über Angelegenheiten ihres Wirkungsbereichs Vorschläge zu machen.

Natürliche oder künstliche Mineralwässer.

Das Oberlandesgericht in Köln hat, wie wir der Zeitschrift für öffentliche Chemie entnehmen, kürzlich eine prinzipiell wichtige Entscheidung gefällt, welche Mineralwässer als natürlich zu gelten haben.

Die bekannte Apollinaris-Gesellschaft war von einem Düsseldorfer Mineralwasserfabrikanten des unlauteren Wettbewerbs angeklagt worden, weil sie, zu Unrecht, das von ihr in den Handel gebrachte Tafelwasser als natürliches Mineralwasser bezeichnete. Thatsächlich enthält die Apollinarisquelle Eisen- und Schwebestoffe und wäre als kohlensaures Mineralwasser in ihrem natürlichen Zustande untauglich. Es werden ihr daher künstlich diese Stoffe entzogen, wobei sie wiederum Kohlensäure verliert, die ihr dann im Verein mit Kochsalz wiederum künstlich zugeführt wird.

Das Oberlandesgericht Köln ist, unter Anderem auf Grund eines Gutachtens von Fresenius, zu dem Schlusse gelangt, dass als natürliches Mineralwasser nur ein solches zu bezeichnen sei, das im Wesentlichen so in den Handel kommt, wie es der Quelle entsprungen ist. Dies treffe für die, nach Art des Apollinari's behandelten Wässer nicht zu. Unter Androhung einer hohen Geldstrafe wurde daher die Apollinaris-Gesellschaft verurtheilt, die gerügten Bezeichnungen künftig zu unterlassen.

Eine Statistik der gewaltsam herbeigeführten Todesfälle in den Vereinigten Staaten

theilt das „British Medical Journal“ mit. Danach haben die Selbstmorde dort, selbst ihrer absoluten Zahl nach, ständig abgenommen. 1899 waren es 5349 Fälle. Unter den Angehörigen der gelehrten Stände wiegen die Aerzte auffällig vor. Geisteskrankheit war in 355 Fällen, körperliche in 225, Trunksucht in 127 die Ursache. Als Mittel zum Selbstmord wurde in über 2000 Fällen Gift gewählt, etwa 500 Personen erhängten sich, 300 durchschnitten sich die Kehle, 30 verbrannten sich freiwillig, — eine Art des Selbstmords, die bei uns zu Lande als höchst selten gilt. In ähnlicher Höhe bewegen sich die Ziffern der Selbstmordfälle durch Sprung aus der Höhe und Ueberfahren; vereinzelte Personen sprengten sich mit Dynamit in die Luft oder wählten den Hungertod.

Die Zahl der Morde ist um fast tausend höher als die der Selbstmorde. In seltsamem Kontrast dazu steht die geringe Ziffer von 109 Hinrichtungen, ein Gegensatz an welchem nicht etwa die Milde der Gesetze oder der Gerichte schuld ist. Den Rest der gewaltsam Gestorbenen bilden die der Lynchjustiz Anheimgefallenen. Ihre Zahl ist fast genau so hoch, als die der gesetzmässig Hingerichteten, hat aber immerhin in den letzten Jahren abgenommen.

Der Jahresbericht der Knappschafts-Berufsgenossenschaft

für 1899 ist nunmehr veröffentlicht worden. Die Zahl der Versicherten betrug ca. 520000, die der angemeldeten Unfälle etwas über 52000. Auffallender Weise war seit 1893 fünfmal und so auch 1899 die Zahl der Unfälle je in der ersten Hälfte der Woche höher als in der zweiten, dabei aber im Berichtsjahr Samstags, als am Tage der grössten Ermüdung, am höchsten, Montags, nach der Sonntagserholung am geringsten [was manche überraschen wird]. Entschädigungspflichtige Unfälle entfielen 12,10 auf 1000 Versicherte; die tötlichen Unfälle zeigen die erschreckend hohe Ziffer von 2,03 auf 1000 Versicherte, dennoch sind sie gegen das Jahr 1898 weniger geworden. Letzteres brachte nämlich 10 Massenunfälle mit 272 Toten und 130 Verletzten, 1899 dagegen kamen nur 4 Massenunfälle mit 16 Toten, 55 Verletzten vor. Veranlasst waren die Unfälle zu $^4/_5$ durch die Gefährlichkeit des Betriebes an sich. Diese Ziffer ist seit 1893 stetig gestiegen, von 52,44 bis 80 Prozent. In demselben Masse haben die durch Schuld der Verletzten selbst entstandenen Unfälle abgenommen (von 41,89 auf 21,50 Proz.) Eine geringe Rolle spielt die Schuld von Mitarbeitern (3,3 Proz.), Betriebsmängel fallen als Unfallursache dies Jahr ganz aus.

Der Pestfall

in Hamburg ist, wie man jetzt endgiltig annehmen kann, völlig vereinzelt geblieben.

Naturforscherversammlung zu Aachen.

Nachträglich haben in der 35. Abtheilung: Unfallheilkunde, noch Vorträge angemeldet die Herren:

F. Schäffer-Leun: Thema vorbehalten.

R. Schindler-Berlin: Die Mitwirkung der Aerzte bei der Abschätzung des Unfallschadens nach Prozenten der Erwerbseinbusse.

Derselbe: Fall von Empyem 3 Jahre nach Verschlucken einer Eisenspirale.

Derselbe: Bemerkungen zum neuen Unfallgesetz.

E. Lembke-Karlsruhe: Thema vorbehalten.

J. Bettmann-Leipzig: Thema noch nicht genau bestimmt, wahrscheinlich Demonstration von Röntgogrammen und Krankengeschichten.

Fr. A. Düms-Leipzig: Thema vorbehalten.

Die zweite Versammlung der deutschen Krankenpfleger, Massöre und Heilgehilfen

hat jüngst in Dresden stattgefunden. Es wurde, Zeitungsberichten zufolge, der Entwurf einer Standesordnung angenommen, die sich besonders gegen unlauteren Wettbewerb und Reklame richtet. Die Auswahl der zuzuziehenden Krankenpfleger u. s. w. solle den Aerzten überlassen bleiben. Des weiteren wurde die Errichtung staatlicher Krankenpflegeschulen lebhaft befürwortet.

Eine Allgemeine Deutsche Ausstellung für Sanitäts- und Rettungswesen, Kranken- und Gesundheitspflege

findet vom 8. bis 30. September 1900 in Verbindung mit dem IV. Deutschen Samariter-Tage zu Breslau statt. Der Zweck der Ausstellung ist, die Fortschritte, welche auf den verschiedenen in Frage kommenden Gebieten während des letzten Jahrzehntes gemacht wurden, sowie die Thätigkeit des Deutschen Samariter-Bundes dem grossen Publikum und den betreffenden Fachkreisen vor Augen zu führen.

Ferner soll dieselbe aber nicht blos das Samariter- und Rettungswesen, sondern auch die öffentliche und häusliche Gesundheitspflege, die Ernährung des Volkes und der Armee zur Anschauung bringen.

Obwohl die Ausstellung eine deutsche ist, werden im allgemeinen Interesse auch ausländische Erzeugnisse und Produkte zur Ausstellung zugelassen, und sind hierfür besondere internationale Spezialkonkurrenzen vorgesehen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker — Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann — Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann — prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. — № 18. — Ausgegeben am 15. September.

Inhalt:

Aus dem Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.

Schwefelkohlenstoffdelirium und Kopftrauma. (Akute Vergiftung).

Von

Dr. **Max Edel.**

Das Vorkommen von nervösen und psychischen Störungen bei chronischer Schwefelkohlenstoffvergiftung ist bekannt. Namentlich sind sie bei Gummiarbeitern, welche mit dem Vulkanisiren, d. h. dem Eintauchen der Gummifabrikate in CS_2-Dämpfe beschäftigt sind, beobachtet worden. Marie[1]) berichtet über Intoxikationen in einer Schwelfelkohlenstofffabrik mit ähnlichen Erscheinungen wie bei den Vergiftungen der Gummiarbeiter.

Zur Verhütung dieser Gewerbekrankheit sind denn auch bereits hygienische Massnahmen an einzelnen Orten getroffen worden, welche einen segensreichen Einfluss gehabt haben. Laudenheimer,[2]) der kürzlich an der Hand eines grösseren Materials die Neurosen und Psychosen der Gummiarbeiter beschrieben hat, ist für eine reichsgesetzliche Regelung der prophylaktischen Massnahmen eingetreten. Aber auch bei andern Gewerbebetrieben, bei denen der Schwefelkohlenstoff verwandt wird (zum Entfetten von Lumpen, Knochen, Rohwolle, Samen, zum Lösen des Phosphors in der Zündholzindustrie, bei der Verwendung in Laboratorien), kann derselbe gelegentlich auf das Nervensystem der Arbeiter vergiftend wirken. Wenn ich die Aufmerksamkeit auf den folgenden Fall lenke, so geschieht es weniger um die immerhin noch dürftige Kasuistik der Schwefelkohlenstoffpsychosen zu vermehren, als der besonderen Umstände wegen, die ihm ein weiteres Interesse verleihen. Bei demselben handelt es sich im Gegensatz zu den meisten bekannt gewordenen Fällen nicht um eine chronische Intoxikation, sondern um eine akute, durch eine Betriebsstörung hervorgerufene Schwefelkohlenstoffvergiftung, nachdem der betroffene Arbeiter wenige Tage zuvor eine Kopfverletzung erlitten hatte.

Am 18. Februar d. J. wurde der 30jährige Arbeiter R. aus Charlottenburg auf Ersuchen eines Polizeireviers in der städtischen Durchgangsstation unserer Anstalt aufgenommen, nachdem ein hiesiger Arzt einen gemeingefährlichen Zustand auf Grund akuter Geistesverwirrung bei ihm festgestellt hatte. Die Ehefrau gab an, dass hereditäre Belastung nicht vorliege und dass er höchstens für 10 Pfg. Schnaps täglich getrunken habe. Bisher sei er gesund gewesen und habe als

[1]) Sulfure de Carbone et Hystérie par Pierre Marie (Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux de Paris 1888).

[2]) Ueber nervöse und psychische Störungen bei Gummiarbeitern (Schwefelkohlenstoffvergiftung), Neurologisches Centralblatt 1898, S. 681 und Schwefelkohlenstoffvergiftung der Gummiarbeiter. Veit, Leipzig 1899.

Soldat drei Jahre gedient. Sie habe zwei gesunde Kinder und keinen Abort gehabt. Bis zum 17. des Monats habe er in einer Palmkernölfabrik gearbeitet und an diesem Tage viel Schwefelkohlenstoff einatmen müssen. Zwei Tage vorher habe er sich aus Unvorsichtigkeit heftig mit dem Kopf an einer Heizröhre gestossen; er habe eine Viertelstunde lang starke Kopfschmerzen gehabt und äusserlich eine leichte Hautabschürfung davongetragen. Als er am 17. Abends nach Hause kam, habe er einen verwirrten und erregten Eindruck gemacht. Er behauptete, alles wäre verändert, er sei blind und müsse aus der Bibel rückwärts lesen; dabei habe er laut vor sich hin geredet, der Frau unbegründete Vorwürfe gemacht, gefragt was sie eigentlich von ihm wolle, wurde unruhig, bettflüchtig, war schlaflos, aufgeregt und bedrohlich und lief in Unterhosen auf die Strasse. Bei seiner Aufnahme war der mittelgrosse, kräftig gebaute und gut genährte Patient verwirrt und erregt. Das Sensorium war benommen. Er hatte eine blasse Gesichtsfarbe und blickte augenscheinlich halluzinirend mit ängstlich gespanntem Ausdruck um sich, sah auf Fragen verständnisslos aus und stiess schliesslich mit feierlicher Stimme die Worte hervor: „Jetzt habe ich ihn gefunden, den Tod". Alsbald wurde er sehr laut und tobsüchtig erregt, schlief Nachts nicht, schrie, schlug um sich, zerbrach ein Geschirr und zerriss Hemd und Bettzeug. Die Nahrung verweigerte er und schlug sie dem Pfleger ins Gesicht. Vorübergehend lag er im Stupor mit geschlossenen Augen da und war nicht dazu zu bewegen, dieselben zu öffnen. Meist aber sprach und schrie er unaufhörlich mit lebhaften Gestikulationen der Hände, schlug sich dabei beständig auf die Brust und antwortete auf Fragen nicht sinnentsprechend. Dabei verrieth sein ganzes Gebahren, dass er unter dem Einfluss von lebhaften Sinnestäuschungen stand. Häufig sah er z. B. nach der Decke und rief: „Gustav, komm runter." Wiederholt verlangte er nach neuer Arbeit. Am 22. Februar, also nach vier Tagen war er wieder ziemlich klar und ruhiger, hatte aber keine vollständige Erinnerung an die Vorgänge vom 17. ab. Er gab nun an, dass er Stimmen gehört hatte und dass Gustav bei ihm gewesen wäre. An der Decke habe er schwarze Gestalten mit feurigen Augen gesehen. Diese hätten alles durcheinander gesprochen. Eine schwarze Spinne und ein kleines braunes Thier mit Hörnerchen habe er auch herumkriechen sehen. Der Patient hatte also offenbar Sinnestäuschungen gehabt, namentlich im Bereich des Gesichts und Gehörs, möglicherweise aber auch auf anderen Gebieten. Am 23. war er scheinbar ganz klar und orientirt, sprach geordnet und half den Pflegern bei der Arbeit. Nur fiel eine gehobene Stimmung und etwas lebhafter Bewegungsdrang auf. Er fühlte sich gesunder wie je und wünschte sich ordentlich auszuarbeiten. In der letzten Nacht hatte er noch schwarze Punkte gesehen, die er fortwährend anblicken musste, sodann wären wieder nackte und bekleidete Gestalten dagewesen, ein Mann und ein Weib in zärtlicher Umarmung, ein Bild, welches immer hin- und herging. Eine schwarze Hand kam öfter dazwischen. Eine schwarze Spinne kroch auch wieder an der Decke entlang. Der Patient klagte noch häufig über Kopfschmerzen besonders im Hinterkopf, über ein dumpfes Gefühl in demselben und über etwas Taubheit in den Ohren. Er sah blass aus. Die Sinnestäuschungen verschwanden im Laufe der nächsten Tage, der Patient erlangte aber noch keine vollständige Krankheitseinsicht und wusste nicht, ob die Stimmen und Figuren Täuschungen oder Wirklichkeit waren. Er glaubte, dass dieselben künstlich hergestellt waren, um ihn auf die Probe zu stellen. Eine genaue körperliche Untersuchung war während seiner Aufregung nicht möglich. Er erzählte nunmehr in fliessender, aber nicht gedankenflüchtiger Weise, war in gehobener Stimmung, machte lebhafte Bewegungen beim Sprechen und überstolperte sich ein wenig. Hin und wieder trat Muskelunruhe im Gesicht hervor. Eine Veränderung der Pupillenweite war nicht aufgefallen. Die Augenbewegungen waren frei, die Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall und Konvergenz prompt. Die Zunge wurde grade ausgestreckt und zitterte leicht, die Kniesehnenreflexe waren bds. vorhanden. Der Puls betrug 60 in der Minute, ein kleiner Schlag lief mit unter. Die Gefässe an der Stirn waren leicht geschlängelt. Fieber hatte er nicht gehabt. Die Verdauung war in Ordnung, die Brust- und Unterleibsorgane ohne Besonderheit, der Urin ohne Eiweiss und Zucker. Am 28. Februar wurde er bis auf etwas gehobene Stimmung und unvollkommene Krankheitseinsicht als genesen nach Hause entlassen, erhielt aber noch „Schonung". Katamnestisch bestätigte er die Angaben seiner Frau und ergänzte sie in folgender Weise. Er sei ehelich geboren. Der Vater sei, soviel ihm kekannt, verunglückt. In der Schule wäre er gut mitgekommen. Beim Militär habe er an Lungenentzündung gelitten. Einmal habe er Gonorrhoe, keinen Schanker gehabt. Mit dem Strafgesetz sei er noch nie in Konflikt gerathen. Getrunken habe er nie stark, angeblich nie mehr als 10 Pfg. Schnaps täglich. An Kopfschmerzen habe er nie gelitten. Seit 1894 wäre er Heizer, seit 1899 arbeite er in einer Palmkern-Fabrik in Berlin und habe seit dieser Zeit noch weniger getrunken. Vom November 1899 ab habe er dort manchmal zwei, drei Tage in unregelmässigen Zwischenräumen in einem besonders gefährdeten Betriebe gearbeitet, wo Schwefelkohlenstoff zur Fabrikation verwandt würde. Der Dienst würde in diesen Räumen wegen der Gefährlichkeit und Unannehmlichkeit höher bezahlt als in den übrigen Abtheilungen. Die Arbeiter hielten es nicht lange dort aus und wechselten häufig. Die betreffende Thätigkeit sei keine regelmässige, sondern es würde ab und zu gearbeitet, wenn Palmkerne angekommen wären; dann aber auch Tag und Nacht hindurch. Der Dienst betrage 12 Stunden, mit je $^1/_2$ Stunde Pause für Frühstück und Mittag sowie 20 Minuten für das Vesper. Viele Arbeiter bekämen dort bei der Arbeit Kopfschmerzen. Der flüssige Schwefelkohlenstoff würde aus dem Keller mittelst einer Pumpe in ein eisernes zugeschraubtes Gefäss mit Palmkernen gedrückt, wobei das Palmkernöl gelöst und herausgezogen würde. Von dortaus würde er abgedampft und in einer Kühlung wieder flüssig gemacht. Zur Ausströmung komme er für gewöhnlich nicht, nur bei ungenügender Abdampfung bliebe etwas im Behälter und dann stinke es im Saal etwas nach Schwefelkohlenstoff. Die Pumpe stehe in einem gewölbten kleinen Kellerraum, der angeblich ohne Ventilation wäre. Am 15. Februar wäre er bei der Arbeit schnell in den niedrigen Keller gelaufen und sei mit seinem Kopf gegen ein an der Decke entlang laufendes Rohr heftig angerannt, auf welches er nicht Bedacht genommen habe. Er habe einen heftigen Schlag bekommen und eine Beule mit kleiner Hautabschürfung davongetragen. „Solchen Schlag habe ich in meinem Leben noch nicht bekommen", sagte er. Danach habe er eine viertel Stunde heftige Kopfschmerzen gehabt, die aber bis zum 17. Februar nicht mehr aufgetreten seien. An diesem Tage wäre die Schwefelkohlenstoffpumpe nicht in Ordnung gewesen, funktionirte nicht und musste ganz auseinandergenommen und verpicht werden. Der flüssige Schwefelkohlenstoff wurde aus der Pumpe ausgeschöpft und ca. 10 Schritt weit in einem Trichter nach einem eisernen Behälter, der „Vorlage", getragen. Im Ganzen wären dabei 4 Mann beschäftigt gewesen. Er wäre mit der Reinigung der Pumpe beauftragt gewesen und habe sich an jenem Tage in jenem Betriebe zum ersten Mal nach längerer Zeit wieder be-

funden. Bei der Arbeit bekam er nun Vormittags, wie er angiebt, heftige Kopfschmerzen, es wurde ihm schlecht und er bekam das Gefühl, als ob er betrunken wäre. Deshalb wurde er vom Inspektor an die Luft geschickt, wo er sich nach einiger Zeit erholte. Darauf habe er noch bis zum Abend die Pumpe weiter gereinigt, wobei er das Schwefelkohlenstoffgas habe einathmen müssen. Dann habe er in einer Kneipe einen einzigen Schnaps getrunken und auf dem Wege nach Haus eine Cigarre geraucht. Von den weiteren Vorgängen wisse er nichts, bis er am 22. Februar in der Anstalt wieder zum Bewusstsein gekommen wäre. Der Patient stellte sich nach seiner Entlassung am 5. März d. J. wieder vor. Er klagte noch über Kopfschmerzen und Kopfdruck in der Schläfengegend. „Inwendig thut es noch weh, es muss doch das Gehirn sein." Die Kopfschmerzen wären noch so wie sie hier gewesen seien. Er wisse nicht, ob es Schwindel ist oder vom Stoss herrührt. Dabei kommen ihm bei dem Gedanken an sein Kopfleiden und seine derzeitig noch bestehende verringerte Leistungsfähigkeit leicht die Thränen in die Augen. Er zeigte nunmehr völlige Einsicht, indem er die gehabten Sinnestäuschungen und Ideen als Wahn und Einbildungen bezeichnete, die von ihm selbst ausgingen. Bei dem Erblicken der sich umarmenden nackten Gestalten will er selbst keine sexuelle Erregung gehabt haben. Von den Arbeitern, die mit ihm beim Reinigen der Pumpe etc. beschäftigt waren, sei, so viel er gehört habe, noch einer erkrankt. In Berlin existire angeblich keine weitere Fabrik der Art. Ein Mann, der schon mehrere Jahre dort arbeite, wäre nervenkrank. Die Füsse würden ihm nicht warm, er hätte kein Gefühl in denselben, so dass man tief hineinstechen könnte, ohne dass er Schmerz empfände. Wo der Schwefelkohlenstoff mit der Fingerhaut in Berührung komme, ziehe er in dieselbe sofort ein; der Finger werde kalt und es entstünden kleine Bläschen. Seither kam der Patient nicht mehr zur Beobachtung.

Wenn wir uns noch einmal kurz das psychische Krankheitsbild vergegenwärtigen, so haben wir es mit einer akuten tobsüchtigen Erregung und Verwirrtheit bei getrübtem Bewusstsein, Sinnestäuschungen und Wahnideen zu thun. Die psychische Erregung legte sich im Laufe von ca. 2 Wochen, wobei eine Amnesie für die etwa 5 Tage währende Zeit der höchsten Aufregung vorhanden war und Sinnestäuschungen weiter fortbestanden. Die Psychose muss als akutes hallucinatorisches Delirium aufgefasst werden. Wollten wir dieselbe in die bisher beschriebenen akuten Psychosen bei chronischer Schwefelkohlenstoffvergiftung einreihen, so würden wir sie nicht unter die rein maniakalischen Formen, sondern eher unter die depressiven Laudenheimers rechnen, welche stets mit einer hochgradigen hallucinatorischen Erregung einhergehen und sich im Beginn öfters bis zur Verwirrtheit steigern. Obwohl interkurrent ein Zustand von hallucinatorischem Stupor beobachtet wurde, ging der Fall doch in Genesung über, während bei den entsprechenden Fällen Laudenheimers mit vorübergehendem Stupor ein ungünstiger Ausgang die Regel war. An Prodromalerscheinungen zeigten sich in unserem Falle dieselben, wie sie bei den chronischen Vergiftungen mit C_2S bereits bekannt sind und bei den Gummiarbeitern meist bereits in den ersten Tagen nach dem Eintritt in den Vulkanisirraum auftreten, nämlich Unwohlsein, eingenommener Kopf und Kopfschmerz, Schwindel und Gefühl der Betrunkenheit. Auch Sehstörungen, welche ja bei der Schwefelkohlenstoffvergiftung in der Literatur[1]) bekannt sind, tauchen in dem vorliegenden Fall auf. Der Kranke klagte sofort und bestimmt darüber, dass er blind geworden sei und schloss in den ersten Tagen andauernd die Augen. Das Sehen von schwarzen Gestalten mit feurigen Augen deutet darauf hin, dass seinen Sinnestäuschungen abnorme Lichtempfindungen zu Grunde lagen (Dunkelsehen, Photopsie). Vielleicht ist seine konstante Aeusserung, erblindet zu sein, nur als hypochondrische Wahnvorstellung aufzufassen, wie sie auch bei den Schwefelkohlenstoffpsychosen mehrfach beobachtet sind; es ist aber nicht ausgeschlossen, dass diese Idee durch eine thatsächliche Abnahme der Sehkraft bedingt war, welche aber der grossen Aufregung wegen nicht durch Untersuchung festgestellt werden konnte. Nach seiner Beruhigung traten keine Sehstörungen, von den Gesichtstäuschungen abgesehen, hervor. Dahingegen klagte der Patient über anhaltendes Gefühl von Taubheit in den Ohren und hatte lebhafte Gehörshallucinationen. Gehörsstörungen sind bei der Schwefelkohlenstoffvergiftung bisher nur vereinzelt vorgekommen. Eine hauptsächliche Erscheinung bildete das dumpfe Gefühl und häufiger Schmerz im Hinterkopf. Erregungen in der sexuellen Sphäre, wie sie bei der chronischen Vergiftung beschrieben sind, waren im vorliegenden Falle zwar in Abrede gestellt, aber aller Wahrscheinlichkeit nach vorhanden und durch die Visionen nackter Gestalten in zärtlicher Umarmung angedeutet. Die Behandlung bestand in warmen Bädern mit kühlen Uebergiessungen und Narcoticis.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Delpech. Mémoire sur les accidents que developpe . . . l'inhalation du sulfure de carbone. Paris 1856.
Hirschberg. Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde X. 1886.
Little. Lancet II. July 1887.
Duboys de la Vigerie, Gillet de Grandmot. Therap. Monatshefte 1, 313. 1887.
Maass. Ueber Schwefelkohlenstoffvergiftung. Dissertation. Berlin, 1889.
Reiner. Schwefelkohlenstoffamblyopie. Wien. klin. Wochenschr. 1895, 52.
Kunkel. Toxikologie. Jena, 1899. S. 458.
Laudenheimer l. c. S. 684.

Zwei Todesfälle nach Ausschabung der Gebärmutter. Fahrlässige Tötung?

Zwei Gutachten
von
Prof. Dr. L. Landau-Berlin.
(Fortsetzung.)

II.

Die in der Mitte der Zwanziger stehende, seit $1\frac{1}{2}$ Jahren verheirathete Frau N. konsultirte den Angeklagten wegen heftiger Schmerzen im Leibe, eitrigen Ausflusses, starker Blutungen und grosser Abmagerung. Der Angeklagte nahm Anschwellung der Gebärmutter und Entzündung der Schleimhaut an. Er verordnete verschiedene Mittel, die angeblich nicht anschlugen. Es lag begründeter Verdacht vor, dass Frau N. von ihrem Ehemann mit Tripper angesteckt sei.

Schliesslich schlug der Angeklagte eine Ausschabung der Gebärmutter vor. Er liess zur Vorbereitung Ausspülungen und Sitzbäder machen und kochte die Instrumente in Sodalösung aus.

Zum Zwecke der Operation wurden zwei gewöhnliche Tische zusammengestellt, Frau N. wurde darauf gelegt und in Steissrückenlage gebracht. Der Angeklagte träufelte auf eine der Frau aufgelegte Esmarch'sche Maske Chloroform, das etwa einen Monat vorher gekauft war. Als die Reflexe verschwunden waren, reinigte der Angeklagte die äusseren Geschlechtstheile und spülte die Gebärmutter mit 3prozentiger Karbollösung aus. Dann liess er die Beine der Frau durch den Ehemann und eine andre Frau in der üblichen Lage halten. Die Mutter-

mundslippen will er durch Kugelzangen festgehalten haben, die die Hebamme und die andern Gehilfen hielten. Die Hebamme sagt jedoch aus, er habe die Wand der Scheide gefasst.

Während der Vorbereitungen kam die Frau wieder zu sich, wurde aber durch nochmaliges Aufgiessen von Chloroform wieder betäubt.

Die Länge der Gebärmutterhöhle will d. A. mit der Sonde gemessen haben. Hierauf führte er nun eine Rouxsche Curette, angeblich nur so tief, wie nach seiner Messung die Gebärmutterhöhle reichte, ein und schabte, von rechts anfangend, von oben nach unten die innere Wand ab. Er entfernte Schleimhautfetzen und schwammige Massen, auch „ein wenig" Blut.

Bei einem Einführen des Werkzeugs machte Frau N. eine plötzliche Bewegung, hob sich und stemmte sich mit den Beinen gegen die Festhaltenden. Sofort zog der Angeklagte die Curette heraus, eine ganz geringe Blutmenge kam nach.

Der Angeklagte behauptet unbestritten, dass nachher die Curette nicht wieder eingeführt worden ist.

Der Eingriff hatte 10—12 Minuten gedauert, ihm folgte eine Ausspülung der Gebärmutter mit Karbollösung.

Inzwischen war Frau N. ruhig geworden und hatte eine bläuliche Gesichtsfarbe bekommen. Die Wiedererweckungsversuche waren erfolglos, während derselben wurde der Puls sehr beschleunigt gefunden. Trotz Kampher- und Aether-Einspritzungen nahm die Herzschwäche zu, die Bewusstlosigkeit blieb bestehen. Der Angeklagte entfernte sich, um neuen Aether zu holen, der Zustand blieb aber hoffnungslos. Nachdem trotz mehrstündigem Bemühen der Angeklagte keine Besserung erzielt hatte, entfernte er sich. Ein nach weiteren zwei Stunden herbeigerufener Arzt fand Frau N. tot.

Bei der Leichenöffnung fanden sich ausser grösseren Blutgerinnseln 800 ccm flüssiges Blut in der Bauchhöhle. Am oberen Rande der Gebärmutter links hinten war die gesammte Wand in halbrunder Form durchtrennt, die Ränder des Risses lagen zusammen. Rechts dagegen war die Wand auf $4^1/_2$ cm Länge durchrissen, man konnte 2 Finger durch den Riss bringen. Die Ränder waren zerfetzt und blutig durchtränkt, die Durchtränkung erstreckte sich bis in das breite Mutterband. In der rechten Gebärmutterhälfte war die Schleimhaut und das Gewebe darunter zerfetzt und durchblutet, links dagegen glatt, blass und mit Schleim bedeckt. Am Halse der Gebärmutter war eine Knickung vorhanden. Die Gebärmutterränder waren auf dem Durchschnitt 1,5 cm dick. Nicht erwähnt ist, ob sich Wunden an der Scheide oder an den Muttermundslippen fanden, und wie die Wand der Gebärmutter in ihrer Substanz beschaffen war.

Die Gutachten der Obduzenten wichen von einander ab.

Gutachter A., der eine Obduzent, rügte, dass nicht mindestens zwei Assistenten zugezogen worden seien, dass ohne Operationstisch und ohne Beinstützen operirt worden sei, ferner dass — wie durch den Befund erwiesen sei, — die Gebärmutter nicht durch ein Instrument festgehalten, angehakt worden sei. A. ist der Ansicht, dass die starke Wand mit brutaler Gewalt durchbohrt und dass von dem nichts ahnenden Operateur das Loch durch weiteres Schaben bis zu seiner endlichen Grösse erweitert worden ist. Er hielt ohne Einschränkung den Tod der Frau N. durch eine schuldhafte Fahrlässigkeit des Angeklagten verursacht.

Der zweite Obduzent, B., warf dem Angeklagten vor, er habe ohne bestimmte Anzeige operirt, habe ohne genügend erwiesene Befähigung sich an eine, besondere Feinfühligkeit und Geschicklichkeit erfordernde, daher nur den geschicktesten Operateuren erlaubte Operation gewagt; er habe ferner die vorherige Erweiterung des Muttermundes unterlassen, die durch die Knickung der Gebärmutter nach vorn besonders dringend geboten gewesen wäre, habe sich eines unzweckmässigen und vor Allem für den Ungeübten gefährlichen Werkzeugs bedient und endlich die geschaffene Durchbohrung durch weiteres Kratzen vergrössert.

Dennoch sei möglicherweise die Durchstossung durch die oben beschriebene plötzliche Bewegung der Frau zu stande gekommen, sodass fahrlässige Verschuldung des Todes nicht erwiesen sei.

Das Medizinal-Kollegium der Provinz trat dem Gutachter A. bei. Es liess die Frage offen, ob der Eingriff an und für sich gerechtfertigt war. Bemängelt wurde ausser der ungenügenden Assistenz, die wenigstens für die Narkose nöthig gewesen wäre, die Verwendung alten Chloroforms, das Fehlen der Beinstützen, die Nichtanhakung der Gebärmutter, die Verwendung der Rouxschen Curette. Nur durch die von den Obduzenten angenommene Bekratzung der Durchstossungswunde sei die Grösse des Risses erklärlich. Die Bewegungen der Frau (Zusammenklemmen und Ausziehen der Schenkel) seien ungeeignet gewesen, eine so ausgedehnte Zerreissung zu bewirken.

Nachdem nunmehr das Hauptverfahren eröffnet war, wurden ausser mir noch 4 weitere Sachverständige herangezogen.

Mein Gutachten lautet:

Dass Frau N. an den Folgen der von dem Beschuldigten geleiteten Behandlung gestorben ist, geht aus dem Operations-Bericht und dem Obduktions-Protokoll mit Sicherheit hervor.

Ob jedoch die durch die Auskratzung bewirkte Zerreissung der Gebärmutter und die hierauf folgende Blutung (die Gesammt-Menge des verlorenen flüssigen Blutes betrug 800 ccm, wie gross die Menge der Blutgerinsel war, ist im Obduktionsbericht nicht erwähnt) oder die Chlorformnarkose als solche oder beide Eingriffe die sofortige Bewusstlosigkeit und den 6 Stunden nach dem Eingriff erfolgten Tod verursacht haben, ist zweifelhaft. Der behandelnde Arzt Herr Dr. X. soll fahrlässig gehandelt und den Tod dadurch verschuldet haben, dass er die Aufmerksamkeit, zu der er vermöge seines Berufes als Arzt besonders verpflichtet war, ausser Acht gelassen hat.

Insbesondere werden ihm folgende Vorwürfe gemacht:

I. Vom Gutachter A.

1. „Der Beschuldigte habe die Operation ohne Zuziehung von mindestens zwei Assistenten, ohne Operationstisch und ohne Beinstützen vorgenommen".

Dieser Vorwurf ist in jeder Beziehung ungerechtfertigt. Es stellen sich der Zuziehung noch zweier Aerzte in der Privat-Praxis meist äussere Gründe entgegen; dieselben waren aber auch gerade für den vorliegenden Eingriff nicht nothwendig. Zwei Personen, welche die Beine der zu Operirenden halten können, sind vollkommen geeignet, zwei Aerzte, welche beim Auskratzen auch nicht im Stande sind, in anderer Weise, als durch Halten der Beine bezw. des speculum, den Operateur zu unterstützen, zu ersetzen. Zwei Personen, welche im Stande sind, die Beine zu halten, ersetzen aber nicht nur künstliche Beinhalter, sondern sind denselben sogar so sehr vorzuziehen, dass viele Frauenaerzte (u. A. auch ich) ceteris paribus das Halten der unteren Extremitäten künstlichen Beinhaltern vorziehen. Zwei solche Personen, die Hebamme und die Wärterin, haben in dieser Weise den Beschuldigten unterstützt. Auch ein Operationstisch ist für eine Auskratzung nicht erforderlich; vielmehr kann derselbe durch jeden beliebigen festen Tisch, wie dies geschehen, zweckmässigerweise und vollkommen ersetzt werden.

2. „Dass der Beschuldigte — dies werde durch den Sektionsbefund bewiesen — es unterlassen habe, die Gebärmutter vor

Einführung des zum Ausschaben bestimmten Instrumentes mit einer Zange oder einem scharfen Haken zu fixiren". Es mag dahin gestellt bleiben, ob diese Fixation nicht geschehen, — der Beschuldigte sagt das Gegentheil und aus dem Obduktions-Bericht geht die eventl. geschehene Unterlassung nicht hervor — so sind doch die Meinungen der Fachleute über diesen Punkt getheilt; die einen fixiren die Gebärmutter mit Kugelzangen, die andern mit der aufgelegten Hand; in vielen Fällen endlich erübrigt sich bei einer pathologischen Fixation des Uterus (z. B. bei erkrankten Anhängen) die künstliche Fixation.

3. „Der Beschuldigte sei zunächst mit brutaler Gewalt mit dem Instrumente durch die in ihrer Muskulatur sehr starke Gebärmutter durchgefahren und habe, nicht ahnend, wo er sich mit seinem Instrumente befinde, die entstandene Verletzung dadurch, dass er in derselben mit seinem Instrumente weiter und weiter geschabt und gestossen habe, zu der bei der Leichenöffnung vorgefundenen Grösse erweitert".

Die Auskratzung gehört zu den fast stets gewaltthätigen oder wenn man will brutalen Manipulationen, welche leider von vielen klinischen Lehrern einerseits als einfache, gefahrlose und bezüglich des Effekts sichere Eingriffe hingestellt und andererseits bei einer grossen Reihe von Affektionen empfohlen werden, wo sie meines Erachtens in keiner Weise am Platz sind.[1]) In grossen Städten, wie in Berlin, ist es sogar üblich, in Privat- und anderen Polikliniken die Auskratzung an ambulatorischen Kranken vorzunehmen und dieselben nach geschehenem Eingriff (sogar nach geschehener Narkose) nach Hause gehen bezw. fahren zu lassen. Dies sehen Studirende und Aerzte — letztere besonders beim Unterricht in den Ferienkursen — und werden so durch Wort und That in der Lehre, dass die Auskratzung ein einfacher, nützlicher und gefahrloser Eingriff sei, unterrichtet. Thatsächlich ist dem nicht so. Jeder der Gelegenheit hat, Frauen, bei welchen die Auskratzung vollzogen, zu beobachten, und Jeder der Kritik besitzt, den Zustand, in welchem sich jene nach der Auskratzung befinden, zu beurtheilen, weiss, dass in einem relativ hohen Prozentsatz Entzündungen, Eiterungen, ja der Tod den Auskratzungen folgt.

Allein nur Derjenige, der diese Folgen der in ungeeigneten Fällen vorgenommenen Auskratzung kennt, würde einer Fahrlässigkeit zu beschuldigen sein, wenn er zum scharfen Löffel greift. Der Beschuldigte ist als praktischer Arzt noch viel weniger als der sich eben ausbildende Fachmann in der Lage, entgegen der herrschenden Mode sich ein eigenes kritisches Urtheil zu bilden. Er würde geradezu zu fehlen und fahrlässig zu handeln glauben, wenn er diesen ihm als heilsam gelehrten und geschilderten Eingriff unterliesse. Es verhält sich mit der Auskratzung ganz ähnlich wie mit andern therapeutischen Mitteln, welche erst längere Zeit nach ihrer Anwendung als hochgefährliche Mittel verlassen worden sind. Ich erinnere an das s. Z. vielfach angewandte Tuberkulin, durch welches eine nicht geringe Zahl von Kranken vor der Zeit ihr Leben eingebüsst haben. Und doch wäre es ungerecht gewesen, in der Aera der Tuberkulin-Behandlung einen Arzt der fahrlässigen Tödtung eines Kranken zu beschuldigen, so klar auch der Tod eines solchen im Zusammenhange mit der geschehenen Behandlung stand.

In einer solchen Aera befinden wir uns leider immer noch der von vielen Fachleuten empfohlenen Auskratzung gegenüber. Viele Lehrer und Lehrbücher sind von der hohen Gefährlichkeit dieses Mittels so wenig durchdrungen, dass sie dieselbe vielmehr bei allen möglichen Erkrankungen als ein harmloses, sicheres und vorzügliches empfehlen.

Es kann daher dem Beschuldigten, einem im Gebiete der Frauenheilkunde offenbar nicht sehr bewanderten Manne, ein Vorwurf, dass er die Auskratzung überhaupt vornahm, nicht gemacht werden. Aber auch bezüglich der Art und Weise der von ihm vorgenommenen Auskratzung, hat der Beschuldigte, der nach bestem Wissen gemäss der ihm ertheilten Lehre gehandelt hat, sich eines fahrlässigen Verhaltens nicht schuldig gemacht. Die Annahme, dass er nach geschehener Zerreissung der Gebärmutter in der einmal gemachten Oeffnung weiter gekratzt und so den Riss vergrössert habe, ist willkürlich. Einmal kann in der That durch eine auch in der Chloroform-Narkose nicht immer vermeidbare reflektorische Bewegung der Kranken der Löffel ausfahren. Dann ist der von manchen Seiten, (s. 1. Martin, Lehrbuch für Frauen-Krankheit, 3. Art., 1893, S. 27 und 28,) für die Auskratzung besonders warm empfohlene Roux'sche Löffel ganz besonders im Stande, gewissermassen auf Anhieb, eine sehr grosse Kontinuitäts-Trennung der Gebärmutterwand zu erzeugen. Dass dies auch hier so geschehen, dafür spricht der Umstand, dass der Gebärmutterriss durchaus nicht als ein fetziger und unregelmässiger geschildert ist, wie es doch gewesen wäre, wenn der Beschuldigte in der einmal hervorgerufenen Zerreissungsstelle weiter gekratzt hätte. Gerade die rechte Uteruskante ist bei der üblichen Führung des Roux-schen Löffels mit der rechten Hand ganz besonders gefährdet. [Giebt doch ein als Autorität anerkannter Gynäkologe den Rath, mit der Curette die ganze Uterus-Schleimhaut abzukratzen, nicht einzelne Striche und kleine Stückchen (ders. S. 28).]

II. Zum Gutachten des Gutachters B.

1. Dass der Beschuldigte die Operation ohne die, nach der Ansicht von Autoritäten vorhandene Indikation — bestimmte Veränderungen in der Schleimhaut der Gebärmutter — vorgenommen habe.

Dies ist nach Lage der Sache vielleicht richtig, allein aus der unrichtigen Anwendung eines als Heilmittel empfohlenen Eingriffs kann dem Beschuldigten der Vorwurf der Fahrlässigkeit um so weniger erwachsen, als gerade bei dem hier vorliegenden Zustande des Gebärmutter-Katarrhs wiederum von autorisirter Seite der scharfe Löffel ganz besonders empfohlen wird. Alle anderen Verfahren, sagt ein Autor, erscheinen wesentlich umständlicher etc. Aber auch von denjenigen, welche die Grenzen der Indikation für die Auskratzung einschränken, wird dieselbe für durchaus werthvoll gehalten, um in diagnostischer Beziehung die Art der Schleimhaut-Erkrankung zu erforschen. Aus der Anwendung des Löffels wegen ungenügender Indikation kann also aus vielen Gründen die Beschuldigung der Fahrlässigkeit nicht erhoben werden.

2. Dass der Beschuldigte, dessen chirurgische Qualifikation von den Aerzten, die ihn zu beobachten Gelegenheit gehabt hätten, stark in Zweifel gezogen werde, „sich an eine Operation gewagt habe, die eine Feinfühligkeit der Hand und geschickte Instrumentführung erfordere, wie sie nur den geschicktesten Operateuren eigen sei." Diese Behauptung, wäre sie berechtigt, müsste jeden Arzt verhindern, sich in irgend einem in grossen Städten gewöhnlich oder häufig dem Spezialisten zugewiesenen Eingriff zu versuchen bezw. müsste ihn veranlassen, die Behandlung eines solchen Falles aufzugeben. Er dürfte eine brandige Extremität nicht amputiren, weil es der Chirurg von Fach besser macht. Ein Meister wird nicht geboren und alle Aerzte, die Fachleute eingeschlossen, haben anfangen müssen, und sind gewiss bei ihren ersten Operationen nicht so gut vorgegangen, wie bei den späteren. Und wenn hier

[1]) Es ist hier nicht der Ort mich über die nach meiner Ansicht zulässige und nothwendige Indikation für die Auskratzung, noch über die von mir hierbei empfohlene Technik zu äussern.

von einer Schuld gesprochen werden kann, so trifft sie nur die Lehrer und Lehrbücher des Beschuldigten, welche ihm den Eingriff als harmlosen hinstellen. Auch ist bis jetzt von Staatswegen nur unvollkommen oder garnicht dafür Sorge getragen, dass Studirende oder Aerzte in lebensrettenden und lebensgefährlichen Operationen, welche die Frauen-Heilkunde betreffen, ausgebildet werden. Es kann somit auch aus mangelnder Technik dem Beschuldigten kein Vorwurf gemacht werden.

Endlich muss betont werden, dass auch von feinfühligsten und geschickten Meistern im Auskratzen bekannter- und zugestandenermassen Zerreissungen der Gebärmutter gemacht worden sind.

3. „Dass der Beschuldigte nach seiner eigenen Darstellung keine Erweiterung des inneren Muttermundes vorgenommen habe, was um so mehr erforderlich gewesen sei, als eine Knickung der Gebärmutter nach vorn vorgelegen habe."

Auch dieser Vorwurf involvirt keine Fahrlässigkeit des Beschuldigten. Thatsächlich lag nach der Beschreibung im Obduktions-Bericht keine pathologische, sondern die physiologische Knickung der Gebärmutter vor, aber auch sonst widerrathen eine Anzahl von Autoren geradezu die Erweiterung. Sie sei, sagt Martin, wegen der Gefahr der Infektion zu unterlassen. Der scharfe Löffel, das Curettement selbst sei ein gutes Ersatzmittel für die allmähliche Erweiterung; das Curettement habe leichte Ausführbarkeit, Sicherheit und Nachhaltigkeit seiner Wirkung für sich.

4. Dass der Beschuldigte sich des unzweckmässigen und in der Hand eines ungeübten Operateurs gefährlichen Instrumentes bedient habe: Wenn ich auch diesem Urtheile zustimme, so kann sich doch der Beschuldigte mit Recht auf die warme Empfehlung gerade des Roux'schen Löffels von Seiten mehrerer Autoritäten, unter Andern Martin's, berufen, der dieses Instrument besonders warm empfiehlt und anwendet. Im Uebrigen sind Durchstossungen der Gebärmutter bei allen möglichen Arten von Schab- und Kratz-Instrumenten, ja bei einfachen Sondirungen beobachtet worden, so dass gerade aus der Wahl des Roux'schen Löffels dem Beschuldigten kein besonderer Vorwurf zu machen ist.

5. „Dass Beschuldigter nach Durchstossung der Gebärmutter an den Rändern der Gewebs-Zerreissung herumgekratzt und dadurch den Defekt immer mehr erweitert habe."

Dieser Vorwurf ist wie oben auseinandergesetzt, durchaus nicht bewiesen, vielmehr spricht der Befund dafür, dass die Zerreissung auf einmal geschehen.

Zum Gutachten des Königlichen Medizinal-Kollegiums (Kunstfehler):

1. Unterlassene Zuziehung eines zweiten Arztes behufs Leitung der Chloroform-Narkose.

Gewiss wäre die Zuziehung eines zweiten Arztes zu diesem Zwecke vortheilhaft gewesen, wenn die Verhältnisse dies gestattet hätten, aber aus der Unterlassung dieser Zuziehung ist der Patientin ein Nachtheil nicht erwachsen, auch ein zweiter Arzt hätte die Patientin nicht besser chloroformiren können; wenn die Narkose noch einmal ausgeführt werden musste, so lag dies sicherlich daran, dass von Haus aus für den Eingriff eine längere nicht geplant war.

Keinesfalls ist nachgewiesen, dass die Zerreissung in Folge Fehlens eines zweiten Arztes bei der Narkose stattgefunden habe. Im Uebrigen ist es in geburtshilflicher und in chirurgischer Praxis durchaus nicht ungewöhnlich, dass man ohne jeglichen Schaden die Narkose unterbricht, um, falls die Kranke aufwacht, weiter zu narkotisiren.

2. „Verwendung alten Chloroforms."

Nach dem Bericht des Zeugen war die Narkotisirung eine so vollkommene, dass nicht einmal die auch nach frischem Chloroform beobachteten Erscheinungen, wie Erbrechen etc. beobachtet wurden.

3. „Die unterlassene Anwendung von Beinstützen." S. oben.

4. „Unterlassung der Fixation des uterus." S. oben.

5. „Anwendung des in der Hand eines ungeübten Operateurs zu den gefährlichsten zu rechnenden Roux'schen Instrumentes statt einer gefensterten Curette." S. oben.

6. „Längeres Herumkratzen in der durch die Durchstossung der Gebärmutter entstandenen Oeffnung."

Darüber, dass hierfür ein Beweis fehlt, habe ich mich oben ausgesprochen; hätte der Beschuldigte aber auch nach geschehener Zerreissung weiter gekratzt, so hätte er dies doch nur gethan, ohne zu wissen, dass er perforirt habe. Eine Durchschabung der Gebärmutter aber mit dem scharfen Roux-schen Löffel ist selbst von einem Geübten nicht so leicht zu erkennen, wie eine Durchstossung mit der gefensterten Curette; denn diese dringt sofort in die Bauchhöhle, während jene in loco bleibt und gewissermassen an Ort und Stelle in die Bauchhöhle ohne erkennbaren Ruck gegraben wird. aus der Wahl der Rouxschen Curette aber kann dem Beschuldigten, der sich auf die Empfehlung des Instruments von Seiten von Gynäkologen von Fach berufen kann, kein Vorwurf gemacht werden, da ihm in Folge mangelnder Erfahrung die Kritik fehlte, über die Gefährlichkeit des Auskratzens im Allgemeinen und über die Gefährlichkeit der Roux'schen Curette im Besonderen.

Nach Alledem kam ich zu dem Urtheil, dass der Tod der Frau A. durch das Verhalten des Beschuldigten veranlasst worden ist, dass sich der Beschuldigte aber an die ihm von seinen Lehrern bezw. an autoritativer Stelle befindlichen Verfassern von Lehrbüchern gegebenen Vorschriften und Kunstregeln gehalten und sich somit eines fahrlässigen Verhaltens nicht schuldig gemacht habe.

Aus dem Gutachten der Sachverständigen C., D., E. sei noch einiges Wichtige hervorgehoben. Die geheimen Medizinalräthe DDr. C. und D. hielten im Gegensatz zu Gutachter A. den Eingriff nach den Krankheitserscheinungen für geradezu geboten.

Dieselben erklären die Nicht-Zuziehung eines zweiten Arztes für entschuldbar, Professor E. schliesst sich ihnen mit dem Bemerken an, dass ein Assistenzarzt das Unglück nicht verhütet haben würde.

C. und D. halten die menschlichen Hilfskräfte für vortheilhafter als Beinstützen.

C. D. und E. halten die Erweiterung des Mutterhalses vor der Operation nicht nur für unnöthig, sondern für gefährlich. Die Knickung nach vorn bestehe bei den meisten normalen Gebärmuttern.

E. erklärt die Rouxsche Curette für das geeignetste Instrument, das er stets anwende.

C., D. und E. sind darüber einig, dass die von den Obduzenten festgestellte Dicke der Gebärmutterwand keinen Schluss auf ihre Festigkeit zulasse. Es seien möglicherweise Erweichungsherde darin vorhanden gewesen. D. bezeichnet es geradezu als sehr wahrscheinlich, dass die Wand krank gewesen sei. Ein grober Irrthum sei der Schluss von der Derbheit der Muttermundslippen auf die Festigkeit der Uteruswand. Alle drei Gutachter bemängeln die Unvollständigkeit der Untersuchung der Wand, insbesondere das Fehlen mikroskopischer Feststellungen.

Ein von der kgl. wissenschaftlichen Deputation abgegebenes Obergutachten bringt einen ganz neuen Gesichtspunkt: Bei der Schlussausspülung könnte eine plötzliche Karbolvergiftung entstanden sein, die mit der Blutung zusammen den Tod bewirkt

haben könnte. Unzutreffend seien die dem Angeklagten gemachten Vorwürfe in folgenden Punkten: Unterlassung der Erweiterung nud der Anhakung, Fehlen der Beinstützen.

Ein Mangel an Vorsicht sei das Fehlen eines narkotisirenden zweites Arztes.

Unglücklich, aber nicht schuldhaft sei die Wahl des Instrumentes.

Für einen Mangel an Vorsicht bezw. für ein gewaltsames Vorgehen spreche die zweimalige Durchbohrung der Gebärmutter, besonders aber das Aussehen der Rissränder, an denen sicher lange und intensiv herumgekratzt sein müsse. Solche grosse Verletzungen könnten auch nicht durch einmalige plötzliche Bewegungen der Operirten hervorgebracht werden.

Demnach sei die tötliche Verletzung durch Mangel an Vorsicht und regelwidriges Verhalten herbeigeführt.

Der Angeklagte wurde freigesprochen.

Referate.

Allgemeines.

Die Nothwendigkeit der Errichtung von Trinkerheilstätten.

Von P. Schenk.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. 32, Heft 3.)

Die Arbeit giebt eine dankenswerthe Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Anstaltsfürsorge für Trinker und deren Bedeutung in hygienischer und sozialer Hinsicht. Erfreulich ist die Thatsache, dass, während im Jahre 1896 erst 15 Trinkerheilanstalten in Deutschland bestanden, gegenwärtig bereits deren 27 gezählt werden, ein Beweis für die Nothwendigkeit dieser Anstalten. Von diesen 27 Anstalten waren 9 für die bemittelten Volkskreise bestimmt, 18 für die minder bemittelten und armen Trinker und Trinkerinnen. Projektirt oder im Bau begriffen waren ausserdem noch 8 Anstalten, von denen die vom „Berliner Bezirksverein gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ in der Nähe von Fürstenwalde errichtete Anstalt inzwischen bereits eröffnet worden ist. (Ref.) Je nach Einrichtung und Leitung sind die Erfolge in diesen Anstalten verschieden. Je früher die an Trunksucht Leidenden in Trinkerheilstätten untergebracht werden, um so mehr wird es gelingen, die Entmündigung überflüssig zu machen, so dass sie nur noch für unheilbare, trotz wiederholter Anstaltspflege rückfällige Trinker in Frage kommt.

Die Hauptpunkte seiner Ausführungen fasst Schenk in folgende Sätze zusammen:

1. Die schweren krankhaften Schädigungen, welche die chronische Alkoholvergiftung am Gehirn und damit an der geistigen Thätigkeit hervorbringt, sind in den erblich nicht zu stark belasteten und nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen heilbar.

2. Dauernde Heilung von derjenigen Form der Alkoholvergiftung des Gehirns, welche als Trunksucht in die Erscheinung tritt, ist nur möglich bei lebenslänglicher Enthaltsamkeit von allen alkoholischen Getränken.

3. Trinkerheilstätten sind nothwendig, weil ein grosser Theil von geistig geschädigten Gewohnheitstrinkern und von Trunksüchtigen nur in zweckentsprechenden Anstalten vom Alkohol entwöhnt werden kann.

4. Zu entmündigen sind im Allgemeinen nur diejenigen Trunksüchtigen, welche unheilbar sind oder nach ausgiebiger Behandlung in einer Heilstätte rückfällig werden.

5. Die Zulässigkeit der zwangsweisen Detention auch nicht entmündigter Trinker in einer Heilanstalt ist gesetzlich festzulegen.

6. Die bisher im deutschen Reiche vorhandenen Trinkerasyle und Trinkerrettungsanstalten genügen nicht dem Bedürfniss und entsprechen zum grossen Theil nicht den an Trinkerheilstätten vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege zu stellenden Anforderungen.

7. Alle Trinkerheilstätten in Deutschland sind nach einheitlichen Grundsätzen einzurichten und zu leiten.

8. Die Trinkerheilstätten sind der staatlichen Aufsicht und ärztlichen Oberleitung zu unterstellen.

9. Für Männer und Frauen sind gesonderte Heilstätten nothwendig.

10. In den Heilstätten sind sämmtliche besserungsfähigen Trinker, also auch Alkoholdeliranten und Alkoholepileptiker unterzubringen.

11. Die geheilt Entlassenen bleiben noch für einige Jahre unter Kontrolle der Anstalt.

12. Für unheilbare Trinker sind besondere zweckmässig an die Arbeiterkolonien anzuschliessende Trinkerasyle einzurichten. Roth (Potsdam).

Chirurgie.

Bemerkungen zur Cocaïnisirung des Rückenmarks.

Von Professor Dr. August Bier-Greifswald.

Im Anschluss an die Erörterung auf dem Internationalen Kongress in Paris (siehe S. 374) theilt B., der schon vor $^5/_4$ Jahren Versuche über die Cocaïnisirung des Rückenmarks veröffentlicht hat, unter obigem Titel den gegenwärtigen Stand seiner Erfahrungen über diese Methode mit. Da seine Untersuchungen ganz und gar nicht abgeschlossen sind, kann er noch nichts endgültiges bringen. Doch sind seine Mittheilungen schon als Gegengewicht gegen die in Paris gegebenen Empfehlungen kennenswerth.

Durch Thierversuche hat B. sich überzeugt, dass Cocaïn vom Rückenmarkssack aus viel heftiger und giftiger, als bei anderweitiger Einverleibung wirkt. Er hat ferner nachgewiesen, dsss die verschiedensten Stoffe, selbst Kochsalzlösung auf diesem Wege einen hohen Grad von Unempfindlichkeit zu erzeugen vermögen, freilich nicht in dem Masse wie Cocaïn.

Bier warnt auf das dringendste davor, die bisher angegebene Methode der Cocaïnisirung als eine für den allgemeinen Gebrauch reife zu betrachten. Er warnt besonders vor hohen Dosen. 15 mg findet er schon für recht viel.

Er ist damit beschäftigt, Mittel zu finden, welche die Gefahren der Cocaïnisirung mindern, oder womöglich einen andern ungiftigen Stoff zu suchen, der das Cocain ersetzen soll. Andererseits ist er bestrebt, eine Ausdehnung der Schmerzlosigkeit über die oberen Körpertheile zu bewerkstelligen. Seine Versuche sind, wie er sagt, Erfolg versprechend, aber noch bei weitem nicht abgeschlossen.

Ueber die traumatische Entstehung von Gewülsten.

Von Dr. K. Würz.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie von v. Bruns, 26. Bd., 3. Heft, S. 567.)

In einem Zeitraum von fünf Jahren wurden in der Tübinger chirurgischen Klinik 713 Geschwülste (129 gutartige und 584 bösartige) beobachtet. Davon sind 19 mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit auf ein vorausgegangenes Trauma zurückzuführen. Der einmalige Insult kommt als ätiologisches Moment in Betracht bei Osteomen, Carcinomen und Sarcomen und spielt eine erhebliche Rolle ausschliesslich bei zwei Gruppen, den Osteomen einerseits und den Sarcomen andererseits. G.

Ueber einen Fall von Carcinom der Kopfhaut, im direkten Anschluss an ein Trauma entstanden.

Von Dr. Otto Hahn.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie von v. Bruns, 26. Bd., 3. Heft, S. 591.)

Ein 68jähriger Mann schlug mit dem Hinterkopf auf ein Wagenrad und erhielt eine Wunde, in der der Knochen frei lag. Die Wunde heilte nicht und eiterte sieben Wochen. Nach fünf Wochen erschien sie grösser, die Ränder warfen sich auf. $1^1/_4$ Jahr nach dem Unfall hat das Geschwür 11 cm Querdurchmesser und 6 cm Längsdurchmesser. Das Carcinom, dessen Entwickelung $^1/_4$ Jahr nach dem Unfall sicher gestellt war, wurde exstirpirt. Die Krebsbildung, die an der behaarten Kopfhaut selten ist, muss in die erste Zeit des Granulationsstadiums zurückdatirt werden. Man kann an ein infizirendes Agens denken. G.

Chlorzinkätzungen bei inoperabelen Tumoren.

Von Friedrich Völcker.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie von von Bruns. Bd. 27. Heft 3 Seite 592.)

Abgesehen von der Verschiebung der technischen Seite des Operationsverfahrens steht die Frage der Carcinombehandlung noch genau auf demselben Stand wie vor 50 Jahren. „Inoperabel" ist ziemlich gleichbedeutend mit incurabel. Aber die Unfähigkeit zu heilen spricht uns nicht von der Verpflichtung frei, zu behandeln. Denn das Todesurtheil, das der Chirurg mit seinem „inoperabel" unterzeichnet, wird ja erst nach Wochen, Monaten oder Jahren vollstreckt, und gerade in diesem Zeitraume bedarf der Kranke des Arztes wie nicht leicht zu einer anderen Zeit. Nachdem es einmal unser Beruf ist, kranken Menschen zu helfen, so dürfen wir uns dieser Pflicht den Aermsten der Armen gegenüber erst recht nicht entziehen, wenn uns auch das Bewusstsein von der Aussichtslosigkeit unserer Bemühungen die Lust zu einer solchen Behandlung von vornherein wesentlich schmälert. Wir müssen dem Kranken wenigstens als mitleidiger Freund beistehn und einerseits die Schatten der physischen Depression wegscheuchen und andrerseits die körperlichen Qualen, die ihm sein Leiden aufbürdet, möglichst erleichtern. Diese Pflicht tritt besonders bei denjenigen inoperablen Carcinomen hervor, welche sich an den äusseren Bedeckungen entwickeln — — — es ist interessant zu sehen, wie die modernsten Chirurgen für diese verzweifelten Krankheiten zurückgreifen auf den Arzeneischatz früherer Jahrzehnte und bei den Alten suchen, was die Neuzeit nicht bieten kann. — Czerny hat seit vielen Jahren die Geschwulstmassen mit scharfem Löffel, Scheere und Pincette entfernt und eine Aetzung mit Chlorzink folgen lassen. Völker bringt eine historische Uebersicht über die Anwendung der Chlorzinkätzungen und eine Erörterung der Wirkungen des Chlorzinks auf die Gewebe. In der Heidelberger Klinik kommen nicht mehr wie früher feste Pasten zur Anwendung, sondern Gazestreifen, die in 15 prozentige bis 20 prozentige Lösungen getaucht sind, die in die hergestellte Höhlung nach sorgfältiger Blutstillung eingefügt werden. Je nach der beabsichtigten Tiefenwirkung bleiben sie 6—24 Stunden liegen. Als Indikationen für Chlorzinkätzungen werden angesehen: Maligne, radical nicht zu entfernende Tumoren, erweichte und brüchige, die bei Operationen die Wunden mit Keimen überschwemmen würden, operable Tumoren, bei sonstiger Erkrankung Abumimurie, Diabetes. Gegenindikationen bietet die Nähe der Athem- oder Speisewege; die serösen Häute besonders des Peritoneums und der Ureteren. Seit 1885 wurden 95 Fälle — 12 Sarcome, 83 Carcinome — behandelt, 48 mal war der Uterus, 6 mal das Rectum, 1 mal die Vulva, 3 mal das Becken, 1 mal die Mamma, 1 mal das Sternum, 35 mal Kopf und Hals der Sitz der Neubildung. Die Tumoren waren meist schon zu weit vorgeschritten, zu ausgedehnt umwachsen, zum Theil waren die Patienten für eine grössere Operation schon zu herabgekommen oder es waren innere Metastasen da. Nach Abzug von 2 Fällen können die übrigen 93 als inoperabel und verloren betrachtet werden. Trotzdem wurden mehrere dauernd geheilt (3,2 Prozent). — Die Wichtigkeit des Gegenstandes dieser sehr lehrreichen Arbeit wird das Studium des Originals durchaus nothwendig erscheinen lassen. G.

Ueber das Verhältniss der Fettgewebsnekrose zu den Erkrankungen des Pankreas.

Von Dr. M. B. Schmidt, Privatdozenten und I. Assistenten am pathol. Institut in Strassburg.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 19.)

Im Gegensatze zu den ersten Autoren, welche über die Fettgewebsnekrose arbeiteten, hält Verf. die Erkrankung der Bauchspeicheldrüse für das Primäre, die Fettgewebsnekrose für die sekundäre Krankheitserscheinung. Er befindet sich damit in Uebereinstimmung mit späteren Experimentatoren, welche durch Hineinbringen von Pankreasstücken oder Pankreassaft in die Bauchhöhle Fettgewebsnekrosen erzeugen konnten. Es ist wahrscheinlich, dass durch Einwirkung des im Sekret der Bauchspeicheldrüse enthaltenen Fettfermentes auf die Zellen das neutrale Fett derselben gespalten und nach (Eliminirung) Absonderung der flüssigen Bestandtheile eine Verbindung der festen Fettsäuren mit Kalk zu fettsaurem Kalk herbeigeführt wird. Die Beobachtungen der Pathologen, dass bei Fettgewebsnekrose häufig eine sichtbare Erkrankung des Gewebes der Bauchspeicheldrüse fehlte, dass die Fettnekrosenherde dagegen die Zeichen sekundärer Entzündung der Gewebe ihrer Umgebung trügen, dass ausserdem kein positiver Grund vorläge, die tiefgehenden Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, welche sich häufig mit Fettnekrose vergesellschaftet finden, als Folge dieser anzusehen, führt Verf. als für seine Behauptung sprechend an. Ausserdem ist er in der Lage, einen für die Richtigkeit seiner Ansicht Zeugniss ablegenden Fall anzuführen.

Ein 43jähr. Mann war 58 Std., nachdem er zwischen Eisenbahnpuffern eine Quetschung des Rumpfes erlitten hatte gestorben, kurz nach Vornahme einer (Laparotomie) Eröffnung der Bauchhöhle wegen Anzeichen von Darmverschluss. Ein solcher wurde nicht gefunden. Die Sektion ergab einen tiefen Einriss in das Gewebe der Bauchspeicheldrüse mit Durchtrennung ihres Ganges (duct. pancreat.), ausserdem einen Riss der Milz, Blutungen in die linke Niere und in das dem Riss in der Bauchspeicheldrüse benachbarte Fettgewebe. Das sehr fettreiche Dünndarmgekröse, das grosse Netz und die Bursa omentalis wiesen eine grosse Zahl kleiner bis mehrere Quadratcentimeter grosser Fettnekrosen auf, welche am reichlichsten auf der Vorderfläche der Bauchspeicheldrüse sassen und die ganze Länge derselben einnahmen. Sie zeigten die bekannte mikroskopische Beschaffenheit und enthielten keine Bakterien.

Fall von Riss in der Leber; erfolgreicher Eingriff bei einem pulslosen Kranken.

Von Thomas Carwardine.

(The lancet, 12. Mai.)

Ein 25 Jahre alter Mann erlitt eine schwere Verletzung, indem er durch einen 10 Ctr. schweren Glasschrank, welcher herunterstürzte, getroffen und gegen eine Mauer gequetscht wurde. Er konnte mit Hilfe zweier Männer ein Stück weit gehen, sah aber krank und kollabirt aus und klagte über Schmerzen und Spannung auf der rechten Seite des Leibes

Zwei Stunden nach dem Unfall hatte die Schwäche erheblich zugenommen und konnte eine Vergrösserung der Leberdämpfung festgestellt werden. Der Zustand verschlechterte sich zusehends, so dass der Puls schliesslich nicht mehr fühlbar war. Es wurden Kochsalzinjektionen in die Vene gemacht und dann zur Operation geschritten. Der Leib wurde oberhalb des Nabels geöffnet und war mit Blut angefüllt, doch bemerkte man weder freies Gas noch üblen Geruch. Die Milz war unverletzt, dagegen die Leber zerrissen und zwar in solcher Ausdehnung, dass die ganze Hand in die Höhle des Risses hineingelegt werden konnte. Der rechte Leberlappen war so gequetscht, dass seine Grenze kaum mehr bestimmt werden konnte. Hier sowohl wie aus der Bauchhöhle wurden zahlreiche Blutgerinnsel entfernt. Mit grossen Gazestücken wurde tamponirt, die Wundränder einander genähert und zum Schluss eine grössere Menge von Kochsalzlösung in die Bauchhöhle hineingebracht. Trotz schneller Ausführung der Operation war der Kranke danach äusserst elend. Die Herzschwäche hielt so lange an, dass man erst nach 30 Stunden den Puls wieder fühlen konnte, der sich dann aber allmählich und stetig besserte. Der Verband war Anfangs mit Galle durchtränkt. Nach einer Woche wurde die Gaze entfernt. Die Heilung verlief ohne Störung, sodass zwei Monate nach dem Unfall der Verletzte Landaufenthalt nehmen konnte. Der Fall war ausserordentlich schwer und wohl nur in Folge der sehr zeitig ausgeführten Operation konnte eine Heilung zu Stande kommen. Franz Meyer-Berlin.

Ueber chirurgisch wichtige Komplikationen und Nachkrankheiten der Influenza.

Von Dr. Felix Franke, Oberarzt des Diakonissenhauses Marienstift zu Braunschweig.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. V. Bd. 2. Heft.)

Verfasser, welcher zu seiner Arbeit etwa 4000 von ihm selbst beobachtete Influenzafälle verwerthet, findet die chirurgisch wichtigen Folgen dieser Krankheit noch viel zu wenig beachtet. Sämmtliche Organe können durch Erkrankung in Folge von Influenza, welche z. Th. sich erst Jahre nach dem „Influenza - Anfall" einstellen, chirurgische Behandlung nothwendig machen.

Es können von der Erkrankung der Nasenschleimhaut Eiteransammlungen in den Knochenhöhlen des Schädels, vom Ohr aus Abscesse des Schädelinneren hervorgerufen werden. Dass Lungenabscess, Lungenbrand und eitrige Brustfellentzündungen Influenzafolgen sein können, ist allgemeiner bekannt, auch echte Entzündungen der Blinddarmgegend kommen vor.

Ein grosses, noch wenig beachtetes Gebiet stellen die an Influenza sich anschliessenden Nervenerkrankungen dar, und zwar sind es vorzüglich die peripheren sensiblen und motorischen Nervenstränge, welche, entzündlich verändert, durch Neuralgien an äusseren und inneren Organen und durch Lähmungserscheinungen mannigfachsten Anlass zu Fehldiagnosen und falscher Behandlung geben. Beachtung der Influenza in der Vorgeschichte der Krankheit, Himbeerzunge, streifige Röthung des Gaumens, Empfindlichkeit der Nervenstämme auf Druck, (Schmerzhaftigkeit beim Drücken einer erhobenen Hautfalte), sowie der Erfolg einer Behandlung mit Phenazetin, Antifebrin, Antipyrin, Natr. Salicyl. und Faradisation weisen auf den rechten Weg zur Krankheitserkenntniss.

Ganz besonders häufig werden die durch Influenza hervorgerufenen Knochenerkrankungen falsch gedeutet und behandelt. Erkrankungen der Knochenhaut und des Knochengewebes selbst, — möglich an allen Knochen, meist an mehreren Stellen zugleich auftretend, öfter Wucherungen als Einschmelzungen und Vereiterungen erzeugend, beim Sitz an Epiphysen Gelenkergüsse zeitigend, — rufen Krankheitsbilder verschiedenster Art hervor und geben Anlass zu Verwechselung mit Gelenkrheumatismus, Gicht, Tuberkulose und Lues, ebenso wie die an Fascien, Sehnenscheiden und Muskeln sich einstellenden entzündlichen Erscheinungen häufig nicht die rechte Würdigung als Influenzafolgen erfahren. Bei der Sicherheit, mit der Verfasser alle genannten Komplikationen als mit der Influenza zusammenhängend zu erkennen glaubt, erscheint ihm der Nachweis der Influenza-Bazillen in der Mehrzahl seiner Fälle entbehrlich. Die Therapie kommt in vielen Fällen auch bei letztgenannten Erkrankungen mit den erwähnten Mitteln, in Verbindung mit Ruhe und Terpentinumschlägen nach Art Priessnitzscher Umschläge, aus, chirurgische Eingriffe sind jedoch nicht selten erforderlich.

Die vielen interessanten Einzelheiten, welche sich besonders in den zahlreichen, oft in derselben Familie sich zu einem klaren Bilde von Influenza und deren Folgen ergänzenden Krankengeschichten, finden, im Original nachzulesen, ist sehr empfehlenswerth. Seelhorst-Ilmenau.

Innere Medizin.

Ein Beitrag zur Aetiologie der Noma.

Von Dr. E. Krahn, Volontärarzt der chir. Univ.-Klinik zu Breslau.

(Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir. Band 6, Heft 4 u. 5.)

Nach kurzer Besprechung der auf die Ursache der Noma bezüglichen Litteratur beschreibt Verfasser zwei an der Breslauer Klinik beobachtete Fälle, welche in typischer Weise tödtlich verliefen. Mikroskopisch fand sich bei Fixierung der ganz frisch entnommenen Gewebsstücke in Formalin, Einbettung in Paraffin, 24 stündiger Färbung in Carbolfuchsin, kurzer Entfärbung in 70 prozentigem Alkohol und Einbettung in Canadabalsam, schon bei schwacher Vergrösserung an der Grenze zwischen Gesundem und Krankem intensive Rothfärbung, welche bei tausendfacher Vergrösserung auf massenhaft das Gewebe durchsetzende fädige Gebilde sich zurückführen liess. An Stärke waren diese Fäden sehr wechselnd, im Kranken dick, dicht verfilzt, und Farbe, sowohl Carbolfuchsin wie Weigertsche und Ziehlsche Lösung, gut annehmend; nach dem Gesunden hin, und tief in dieses hinein schwächer, weniger intensiv gefärbt und begleitet von Vibrionen, die, ähnlich Choleravibrionen, doch diese an Grösse übertreffend, sich vielfach zu Spirillen und Spirochaeten anordneten. Strepto- und Staphylokokken wuchsen daneben. Derselbe Befund wurde früher schon von Perthes erhoben, auch Petruschky fand Vibrionen und Spirillen neben Diphtheriebazillen. Die Ansicht, dass Noma auf diphtherischer Grundlage beruhen könne, weist Verfasser zurück, glaubt dagegen ihr Zustandekommen bedingt durch eine Mischinfektion, bei welcher Spirillum sputigenum und Spirochaete dentium tief in die noch gesund erscheinenden Gewebe einwuchern, wenn man auch noch nicht sicher sagen kann, wie gross ihr Antheil beim Zustandekommen von Noma ist. Seelhorst.

Ein Fall von anscheinender Maul- und Klauenseuche beim Menschen.

Aus der medizinischen Klinik zu Bonn.

Von Prof. Fr. Schultze.

(Münchener medizin. Wochenschrift, No. 26, 1900.)

Verf. beschreibt einen Krankheitszustand eines kleinen Kindes, der in seinen Einzelerscheinungen durchaus an das Bild der Maul- und Klauenseuche erinnerte; es bestand eine aphthöse Mundentzündung, welche die Schleimhaut der Lippen, der Zunge und des Zahnfleisches betraf, und gleichzeitig fan

den sich geschwürige Prozesse an den Fingern und Zehen. Die Körpertemperatur war erhöht und schwankte zwischen 38 und 40°. Indessen ergab weder die Anamnese Anhaltspunkte für die Diagnose „Maul- und Klauenseuche", noch fielen die an einem Kalbe und einem Kaninchen vorgenommenen Impfversuche positiv aus, so dass Verf. selbst die Diagnose auf Maul- und Klauenseuche nicht sicher stellen zu dürfen glaubt. Syphilis und Tuberkulose bildeten keinesfalls die Grundlage der Erscheinungen, die übrigens nach vierzehntägiger Behandlung völlig zurückgingen. —y.

Zur Kasuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.

Aus Prof. Dr. C. Bayer's chirurg. Abtheil. des Kaiser Franz Josef-Kindersp. in Prag.

Von Ass. Dr. E. Wanitschek.

(Prager medizin. Wochenschr. No. 31, 1900.)

Dass ein Fremdkörper aspirirt wird und anfangs gar keine oder nur geringe Erscheinungen hervorruft, kommt vor, wenn es auch selten ist. Oefters jedoch beobachtet man, dass die anfangs bedrohlichen Erscheinungen völlig schwinden, der Arzt den Patienten beruhigt aus der Behandlung entlässt, der Kranke und seine Umgebung glauben, der Fremdkörper sei längst ausgehustet, bis plötzlich nach Jahr und Tag ein schwerer Erstickungsanfall diese Annahme als irrig erweist. Einen Fall der Art theilt Verf. näher mit; ein achtjähriger Knabe trug nahezu beschwerdelos einen 3 mm breiten und 2 cm im Durchmesser haltenden Blechring $1^3/_4$ Jahre lang in der Trachea, bis eines Tages ein plötzlicher Erstickungsanfall den Luftröhrenschnitt erforderte. Durch zufällige klinische Beobachtung des Knaben zu jener Zeit konnten die erwähnten Thatsachen zweifellos sichergestellt werden. —y.

Neurologie und Psychiatrie.

Angeborene Wortblindheit.

Von James Hinshelwood.

(The lancet 26. Mai 1900.)

Der Verfasser berichtet über eine Reihe von Fällen von angeborener Wortblindheit, d. h. Unfähigkeit zu lesen bei erhaltener Sprache und bei erhaltenem Sprachverständniss. Von diesen Fällen möchte ich den interessantesten kurz referiren. Dieser betrifft einen 11 Jahre alten Knaben, welcher bereits $4^1/_2$ Jahre in der Schule war, aber dann aus derselben entlassen wurde, weil er das Lesen nicht lernen konnte. Er soll längere Zeit in der Schule gewesen sein, ehe man diesen Mangel entdeckte, denn er hatte ein so gutes Gedächtniss, dass er durch das Lesen der andern den Inhalt seiner Bücher auswendig wusste und dadurch die Fähigkeit zu lesen, vortäuschte. Sonst war er ein in jeder Beziehung intelligenter Junge. Von den Buchstaben erkannte er nur einige und war im Stande auch einzelne einsilbige Worte durch buchstabiren zu lesen. Etwas besser als die Buchstaben kannte er die Zahlen, auch war er fähig ein Bild oder einen Gegenstand sofort zu erkennen und richtig zu deuten. Durch sehr energische Uebung hat er dann sehr geringe Fortschritte gemacht und war dann schliesslich im Stande die Zahlen von 1 bis 50 zu lesen.

Die übrigen Fälle zeigen denselben Defekt, nur nicht ganz so ausgeprägt. Während der normale Mensch durch allmähliche Uebung dahin kommt, ein Wort schnell lesen zu können, indem er es als Ganzes ansieht und auffasst, ähnlich so wie er ein bekanntes Bild betrachtet und wiedererkennt, fehlt dem, welcher mit diesem Defekt behaftet ist, die Fähigkeit dazu. Er bleibt sein Leben lang auf dem kindlichen Standpunkte, wo er Buchstaben an Buchstaben reihen muss. Es handelt sich bei der Wortblindheit, wie bekannt, in der Regel um einen bestimmten Hirndefekt und zwar betrifft er bei rechtshändigen Menschen Herde im linken Hinterhauptslappen resp. im linken unteren Scheitellappen. Es ist von der höchsten Wichtigkeit bei solchen Kindern die Ursache und die wahre Natur dieser Schwierigkeit beim Lesenlernen kennen zu lernen, da sie sonst als Dummköpfe gelten mögen, oder gar für etwas verantwortlich gemacht werden könnten, woran sie keine Schuld haben. Nur mit grösster Geduld und Uebung, aber sicher nicht durch strenge Behandlung kann man eventuell diesen Zustand zur Besserung führen. Franz Meyer-Berlin.

Psychische Störungen nach Osteomyelitis acuta.

Aus dem Kaiserin Elisabeth-Krankenhause in Saaz.

Von Dr. J. Stein.

(Prager medizin. Wochenschrift, No. 33, 1900.)

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass akute fieberhafte Infektionskrankheiten nicht selten von psychischen Störungen begleitet sind. Diese Störungen, zunächst toxischer Natur, nehmen entweder die Form von Delirien an und finden sich vorzüglich auf der Höhe des Krankheitprozesses während des hohen Fiebers; sie treten aber auch auf, wenn die Krankheitserscheinungen bereits milder geworden sind und das Fieber bereits nachgelassen hat, ja mitunter sogar erst, wenn vollkommene Entfieberung eingetreten ist. Auch diese letzteren postfebrilen psychischen Störungen werden ätiologisch mit der Einwirkung der Toxine bezw. Infektion in Verbindung gebracht oder sie werden als Wirkungen der Inanition aufgefasst; vielleicht sind mitunter beide Momente ursächlich anzuschuldigen. Sie können entweder aus der delirösen Form direkt hervorgehen oder sie entstehen im Verlaufe der Krankheit von selbst. Es handelt sich dabei um reine Psychosen, welche zu der akuten Verwirrtheit (Amentia) gehören, und sind entweder Erregungs- oder Depressionszustände. Verf. theilt drei Fälle dieser Art, die während der Erkrankung an Osteomyelitis acuta beobachtet wurden, in ihren Einzelheiten mit. —y.

Ein Fall von hysterischer Stummheit, jedenfalls hervorgerufen durch Intoxikation.

Von Dr. Ernst Bloch-Nürnberg.

(Münchener medizin. Wochenschrift No. 28, 1900.)

Die hysterische Stummheit ist im Gegensatz zur hysterischen Aphonie eine seltene Affektion; sie dokumentirt sich darin, dass die Kranken zwar die Lippen und Zunge ganz normal bewegen können, dass aber beim Sprechen jede willkürliche Innervation der Sprechmuskeln versagt und die Kranken stumm bleiben. Einen derartigen Fall beschreibt Verfasser in der vorliegenden Mittheilung. Ein zwar etwas nervöser, aber sonst gesunder Bursche von 15 Jahren war in der Drechslerwerkstatt, wie es hiess, ohnmächtig geworden. B. traf ihn auf einem Stuhle sitzend mit offenen Augen an. Die Arme waren im Ellbogen rechtwinklig gebeugt und an den Leib angezogen. Weder auf Zuruf, noch auf Schütteln, Bespritzen mit Wasser erfolgte eine Reaktion. Die Pupillen waren weit, reagirten auf Lichteinfall, auf tiefe Nadelstiche erfolgte ein Zucken; wenn man die krampfhaft gebeugten Arme mit ziemlicher Gewalt ausstreckte, blieben sie in der neuen Stellung stehen. Die Sehnenreflexe waren verstärkt. Pat. blieb mehrere Tage absolut stumm; während sich die Anzeichen des hysterischen Krampfanfalles — um einen solchen handelte es sich — unter Chloralhydratklystieren allmählich verloren, kam die Sprache erst am fünften Beobachtungstage wieder. Nachträglich wurde festgestellt, dass an dem Er-

krankungstage alle im Betriebe beschäftigten Personen, vier Lehrlinge und zwei Gesellen, mehr oder weniger heftig erkrankten; alle führten ihr Unwohlsein auf das Rauchen des defekten amerikanischen Füllofens zurück. Wahrscheinlich war auch das beschriebene Krankheitsbild die Folge einer CO-Vergiftung. Dass Alkohol und Schwefelkohlenstoff derartige schwere hysterische Zustände hervorrufen können, ist bekannt. Der vorliegende Fall zeigt, dass auch das Kohlenoxydgas hier aetiologisch in Frage kommt. —y.

Ein Fall von neurasthenischem Schütteltremor nach Trauma.

Von Dr. Ph. F. Becker-Bonn.
(Münch. Med. Wschr. 1900, No. 10.)

Ein 24jähriger Ackerknecht, der des Oefteren an Gelenkrheumatismus gelitten hat und von Kind auf etwas nervös ist, sich leicht aufgeregt und Anfälle von Angst und Zittern bekommen hat, dagegen angeblich keinen Alkoholmissbrauch trieb, erhält einen Hufschlag in die rechte Leistengegend. Er stürzt hin, ist für einige Stunden bewusstlos und erwacht mit äusserst heftigen Schmerzen im Leib und einem Zittern des Kopfes und beider Arme. Der zunächst gelassene Harn ist blutig gefärbt.

Etwa ein halbes Jahr später wird der Verletzte in die Bonner Klinik aufgenommen, nachdem ihm eine Rente von $66^2/_3$ Prozent zugesprochen worden ist. Es finden sich die üblichen Zeichen allgemeiner Nervenschwäche, ferner eine Schmerzhaftigkeit der von dem Hufschlag getroffenen Stelle und als die auffallendste Erscheinung ein fast dauerndes Muskelzittern in beiden Armen, bei dem theils abwechselnd, theils gleichzeitig die verschiedensten Bewegungsformen beobachtet werden. Das Zittern verstärkt sich bei gewollten Bewegungen. Es wird bedeutend vermindert, vorübergehend ganz aufgehoben beim Auflegen der Arme auf eine harte Grundlage.

Als Ursache des Zitterns käme die multiple Sklerose oder die Zitterlähmung in Frage. Aber bei der ersteren würde man erwarten können, dass das Zittern in der Ruhe fehlt, bei der letzteren, dass es sich bei Bewegungen verminderte, und ausserdem fehlen für beide Krankheiten die übrigen kennzeichnenden Störungen. Bei Hysterie pflegt Zittern nur anfallsweise aufzutreten, und die Krankheit geht gewöhnlich mit Empfindungsstörungen, Muskelkrämpfen u. dergl. einher. Auch betreffen die Hauptstörungen bei Unfallshysterie eher die der verletzten Stelle benachbarten Körpertheile. So wird man also annehmen müssen, dass im vorliegenden Falle das Schüttelzittern rein neurasthenisch ist. Gegenüber dem so ungemein häufigen feinschlägigen Zittern der Nervenschwachen stellt das Schütteln eine sehr viel seltenere Form dar.

Von einer Vortäuschung kann nicht die Rede sein, da eine solche gerade bei dieser Erscheinung auf die Dauer physisch unmöglich ist. Auch ist der Fall wohl einer von denen, bei denen Begehrungsvorstellungen für die Entstehung des Leidens nicht wohl verantwortlich gemacht werden können.

Vergiftungen.

Chronische Messing-Vergiftung.

Von Wm. Murray M. A. M. D. Resident Surgeon, Birmingham. General Dispensary.
(British Medical Journal 2 6. 1900.)

Sehr wohl erinnere ich mich aus meiner Praktikantenperiode in den sechziger Jahren, dass in Halle a. S. in der Weberschen Poliklinik mehrere Fälle von Gelbgiesserkrankheit in Behandlung kamen. Die Vergiftungssymptome verschwanden ebenso schnell, wie sie aufgetreten waren, nach Verlauf einiger Tage und bei näherer Nachforschung stellte sich heraus, dass alle Gelbgiesserlehrlinge beim Beginne ihres Handwerks, wenn zum ersten Male Messing hergestellt wird, dieser akuten Intoxikation ausgesetzt sind. Messing wird nämlich durch ein Zusammenschmelzen von drei Theilen Kupfer und einem Theil Zink fabrizirt und es blieb zweifelhaft, ob die Krankheit durch Einathmen der Zinkdämpfe entstehe, oder ob das Kupfer den Intoxikationsfaktor bilde.

Die Patienten klagen plötzlich über Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen. Appetitmangel, Uebelkeit, Erbrechen, Diarrhoe treten auf, das ganze sympathische Nervensystem scheint affizirt zu sein, allgemeines Abgespanntsein, Erschlaffung, Gliederschmerzen und Fiebererscheinungen werden beobachtet, doch schwinden alle diese Symptome sehr bald nach einem profusen Schweissausbruch.

Da Halle zu jener Zeit noch als Endemienest ersten Ranges sich hervorthat und dazumalen eine Epidemie die andere ablöste, so war die präzise Diagnostizirung einer solchen Gelbgiesserkrankheit selbstverständlich von Bedeutung, zumal dieselbe leicht mit dem Prodomialstadium einer akuten Infektionskrankheit verwechselt werden konnte.

Die chronische Form dieser Vergiftung habe ich später nie zu beobachten Gelegenheit gehabt, so wird es auch vielen Kollegen gehen, deshalb erlaube ich mir die interessante Ausführung Murrays hier wiederzugeben.

Derselbe schildert nicht nur den Verlauf der Krankheit bei einem Patienten, sondern liefert uns auch eine Erklärung der Art der Vergiftung und empfiehlt warm ein vorzügliches Remedium, nämlich die Phosphorsäure.

Der Kranke klagte vornehmlich über Appetitmangel, fortschreitende Abmagerung und Brustschmerzen, so dass der Verdacht auf Phtise nicht von der Hand zu weisen war.

Da eine exakte Untersuchung hingegen diese Krankheit vollständig ausschliessen konnte, führte eine grüne Linie auf dem Zahnfleisch zu der Diagnose chronischer Kupferintoxication, zumal Patient in einer Messingfabrik thätig war.

Diese linienförmige grüne Tinktion des Zahnfleisches ist ein charakteristisches Symptom, dieselbe erscheint bald blassgrün, bald intensiver gefärbt, zuweilen dunkel olivengrün.

Anaemie, allgemeine Schwäche und neuralgische Schmerzen treten gewöhnlich im ersten Stadium auf, daran schliesst sich ein bedeutender Fettverlust, die Muskulatur wird atrophisch und Muskelzittern tritt auf. Kopfschmerzen, Leibschmerzen, Gliederschmerzen, Brust- und Rückenschmerzen sind stets vorhanden, der Kranke fühlt sich am ganzen Körper „wie zerschlagen.“ Daneben Erbrechen und dyspeptische Beschwerden aller Art.

Auch treten oft die Symptome eines Rachen- und Kehlkopfskatarrhs in den Vordergrund. Ein Gefühl von Trockenheit im Munde, metallischer Geschmack auf der Zunge und Aphonie sind Erscheinungen der chronischen Kupferintoxikation.

Neben der allgemeinen nervösen Depression entwickeln sich vasomotorische Störungen, Kältegefühl wechselt mit Schweissausbruch. Letzterer ist häufig grünlich gefärbt, ebenso wie die grauen Haare älterer Arbeiter einen grünlichen Schimmer zeigen. Verschiedene Hautausschläge, Exzeme und Akne werden ebenfalls häufig beobachtet.

Ausserdem bildet, wie schon hervorgehoben, die grüne Linie am Zahnfleisch ein prägnantes Zeichen der Kupfervergiftung, zum Unterschied von anderen Metallintoxikationen, z. B. der Bleikolik.

Hogben hat zuerst Greenhow, Bloudet und Bouchet gegenüber, nachgewiesen, dass nicht die Zinkdämpfe, sondern das Kupfer die Ursache der Vergiftung bei der Messingfabri-

kation darstelle. Die Kupferhypothese hat durch die Arbeiten Simon's, Tardieu's, Rayer's, Grisoll's und Chevallier's eine Stütze gefunden.

Da die Eisengalvaniker, welche ebenfalls mit geschmolzenem Zink arbeiten und den Zinkdämpfen ausgesetzt sind, keine Vergiftungserscheinung zeigen, so kann eben nur das Kupfer den ätiologischen Faktor darstellen.

Da in den Werkstätten die ganze Atmospäre mit Kupfertheilchen durchsetzt ist, so werden dieselben sowohl durch die Luftröhre, als auch durch die Speiseröhre dem Organismus zugeführt. Vom Magen und Verdauungstraktus aus werden die löslichen Salze in die Lymph- und Blutgefässe übertreten.

(Dieser Resorptions- und Assimilationsprozess wird nach den Gesetzen der Chemie in Form von Kupfer-Jonen sich abwickeln. Anm. d. Ref.).

Als Gegenmittel wurde früher Jodkalium gegeben, doch hat Murray keinen Erfolg von dieser Behandlung gesehen. Derselbe verordnete dagegen Phosphor, da dasselbe eine antagonistische Stellung dem Kupfersulfat gegenüber einnimmt. Bekanntlich wird letzteres als Antidot bei Phosphorvergiftung angeordnet.

Sowohl Phosphorpillen von $^1/_{30}$ Gran dreimal täglich, als auch 15 Tropfen Phosphorsäure dreimal täglich in Wasser lieferten ein erfreuliches Resultat. Die Symptome schwinden nach diesem Remedium allmählich. Daneben wird der Genuss von Milch anempfohlen.

Prophylaktisch sind die gewöhnlichen Schutzmassregeln der Metallarbeiter, Reinlichkeit etc. anzurathen.

Scherk (Bad Homburg).

Sublimatvergiftung als Unfall.

(Kein Verfasser angegeben.)
(Unf.-Vers.-Praxis 1900, No. 22.)

Ein Photochemiker hielt eine mit Sublimat gefüllte Schale unter einen Wasserhahn. Aus nicht ganz aufgeklärter Ursache wurde der Wasserstrahl plötzlich stärker, und der Inhalt der Schale spritzte daher ihrem Träger auf Gesicht und Hände und in den Mund. In den nächsten Tagen litt der Mann an heftigen Durchfällen, nach drei Tagen trat Gefühlslähmung am rechten Bein und Ameisenkriechen am rechten Arm sowie eine Steigerung des rechten Kniesehnenreflexes ein. Gleichzeitig verschlimmerte sich ein Abscess, der von einer früheren Zahnextraktion herrührte, derart, dass ein Durchbruch nach der Wange zu erfolgte. Unter Behandlung mit Jodkali schwand die Störung sehr bald.

Abgesehen, dass der Fall medizinisch ganz interessant gewesen zu sein scheint, giebt er ein hübsches Beispiel dafür, dass gelegentlich einmal eine Vergiftung durch Aufnahme des Giftes in den Verdauungskanal einen Betriebsunfall darstellen kann. Wir berichteten kürzlich über einen ähnlichen Fall, bei dem nicht Sublimat, sondern Anilinöl dem betr. Arbeiter in den Mund spritzte.

Unfall mit Karbolsäure.

Von C. H. L. Johnston.
(The lancet, 12. Mai 1900.)

Johnston beschreibt hier einen Fall, wo ein Mann grössere Mengen Karbolsäure zu sich genommen haben soll, ohne dabei irgend welchen Schaden zu nehmen. Ein Trinker hat im Zustande des Berauschtseins irrthümlich nach einer Flasche gegriffen, welche eine Unze flüssiger Karbolsäure (90 pCt. der reinen Karbolsäure), mit mehreren Unzen Paraffinöls vermengt, enthielt. Dr. Johnston sah ihn bald danach, aber als er schon erbrochen und offenbar das Gift gänzlich wieder von sich gegeben hatte. Er konnte weder an den Lippen noch am Rachen irgend ein Zeichen von Anätzung nachweisen, und auch weiterhin wurde keinerlei krankhafte Erscheinung mehr wahrgenommen. Er hält es für möglich, dass das Paraffinöl die giftige Wirkung der Karbolsäure verhinderte.

Franz Meyer-Berlin.

Augen.

Ein Fall von beiderseitiger Optikusatrophie nach Einwirkung eines elektrischen Stromes.

Aus der Augenabtheilung des Stephans-Hospitals in Reichenberg (Dr. Franz Bayer).

Von Dr. Herrmann Ulbrich-Reichenberg.
(Corresp. d. Vereins deutscher Aerzte in Reichenberg, No. 8, 1900.)

Bei der Ueberfahrt über das Geleise einer elektrischen Kleinbahn kam der vierzigjährige Kutscher J. J. mit dem Leitungsdraht in Berührung; er erhielt einen heftigen elektrischen Schlag, wurde zu Boden geworfen und verlor für etwa eine Viertelstunde das Bewusstsein. Am dritten Tage nach diesem Ereigniss konnte der Verletzte mit dem rechten Auge nichts mehr sehen. Eine 14 Tage später vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: Leichte Ptosis an beiden Augen; das rechte Auge steht in mässiger Divergenzstellung, beim Blicke nach links nimmt diese Abweichung etwas zu. Prüft man die Bewegungsfähigkeit, so ist ein deutliches Zurückbleiben des rechten Augapfels beim Blick nach unten festzustellen. Da der Patient auf diesem Auge vollständig erblindet ist, wird die Prüfung nach Gullstrand mit Placidos Keratoskop vorgenommen, die am rechten Auge eine Verschiebung des Scheibenbildchens nach innen beim Blick geradeaus, beim Blick nach unten eine Verschiebung nach innen und unten giebt. Es handelt sich demnach um eine Parese der Mm. recti internus und inferior des rechten Auges. Die Pupillen sind ungleich weit, beide zeigen absolute Starre auf Lichteinfall sowohl wie auf Konvergenz. Rechts $S = 0$, links $S = {}^5/_{20}$. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergiebt eine doppelseitige Atrophie des Nervus opticus; das Gesichtsfeld zeigt eine deutliche und namentlich auf der nasalen Seite beträchtliche konzentrische Einengung. Der Patient zeigt ferner deutliche Störungen der Farbenwahrnehmung; grün wird regelmässig als grau angegeben, grellrothe Farbentöne werden als röthlich bezeichnet. Es handelte sich bei diesem Befunde wohl um eine Störung, die peripher von der Sehnervenkreuzung, in den Sehnerven selbst, ihren Sitz haben muss. Interessant an dem Falle sind nicht so sehr die schweren Folgen, die der elektrische Schlag für den Kranken gehabt hat — ähnliche Fälle (Blitz) sind bereits häufiger veröffentlicht worden —, als vielmehr die Thatsache, dass der Nachweis einer Optikusatrophie erbracht werden konnte. Zu bemerken ist noch, dass der elektrische Strom nicht einmal seinen Weg direkt durch den Kopf des Patienten nahm, sondern an Hand und Füssen Eingang in den Organismus fand. Um so merkwürdiger bleibt die vereinzelte Erkrankung des Sehapparates ohne jede andere Störung der Körperfunktionen.

—y.

Ein Parasit aus der Klasse der Kruster als Fremdkörper auf der Hornhaut.

Von Rayner D. Bathen.
(The lancet, 7. April 1900.)

Der hier beschriebene Fall gehört zweifellos zu den Seltenheiten. Bei einem Fischhändler fand sich eine starke entzündliche Reizung des linken Auges, die anfangs für die Folge eines Hornhautgeschwüres gehalten wurde. Der Kranke konnte

sich nicht erinnern, dass ihm etwas in das Auge geflogen sei. Bei genauerer Untersuchung fand sich am oberen Rand der Hornhaut ein kleines ovales Bläschen, das etwa 2 mm Durchmesser hatte. Der Inhalt des Bläschens war klar. Seine Mitte war leicht erhaben, das Ganze wie von einem Graben umgeben. Anwendung von Chlorwasser und jede andere derartige Behandlung blieb ohne Erfolg, deshalb wurde mit einem kleinen Messer versucht, die Blase zu eröffnen. Dabei aber konnte die ganze Masse von der Hornhaut abgehoben werden und hinterliess auf der Oberfläche der Hornhaut nichts weiter als eine ganz geringe Rauhigkeit. Der Patient war fortan frei von allen Beschwerden. Der Zoologe S. F. Harmer erkannte in dem entfernten Theilchen einen Parasiten, der zu den Krustentieren und zwar zu der Gruppe der Copepoda gehört, zu der viele Fischparasiten zu rechnen sind. Es handelte sich wahrscheinlich um caligus curtus, welcher sehr häufig bei Turbot und verschiedenen Arten von Kabeljau etc. vorkommt. Es ist anzunehmen, dass der betreffende Fischhändler nach Anfassen eines solchen Fisches das Auge rieb und den Parasit hineinbrachte, welcher mit seinen starken Häkchen an der Hornhaut haften blieb, möglicherweise nachdem das Thier bereits abgestorben war. Franz Meyer-Berlin.

Hygiene.

Ueber die Bedeutung einer geordneten Milchkontrolle für die Städte.

Von Dr. A. Lam - Rotterdam.

(Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahr.- u. Genussmittel, Heft 7, 1900.)

Die aus dem städtischen Laboratorium „v. d. Keuringsdienst van Voedingsmiddelen“ in Rotterdam hervorgegangene Arbeit zeigt, welche grosse Bedeutung, abgesehen von der Aufdeckung gefälschter Milch, eine geordnete Milchkontrolle für die Städte auch in der Richtung hat, dass durch dieselbe nicht nur die minderwerthige Waare möglichst beseitigt wird, sondern auch die Güte der Milch im Ganzen eine wesentliche Zunahme erfährt. Seit der Einführung der geordneten und regelmässigen Milchkontrolle im Jahre 1893 hat sich ein deutlicher günstiger Einfluss dieser Massnahmen auf die Beschaffenheit der verkauften Milch erkennen lassen. Die Zahl der Beanstandungen ist nicht nur von Jahr zu Jahr geringer geworden, sondern auch der mittlere Gehalt der Milch ist seit der Ausübung der Kontrolle ein höherer geworden, was von ebenso grosser wirthschaftlicher wie hygienischer Bedeutung ist. —y.

Experimentelle Beiträge zur Untersuchung über die Marktmilch.

Von M. Beck.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 32, Heft 3.)

Im Gegensatz zu Ostertag nimmt Beck auf Grund der vorliegenden Untersuchung an, dass sowohl bei beginnender Tuberkulose ohne nachweisbare Erkrankung des Euters als auch bei latenter, nur durch Tuberkulinreaktion angezeigter Tuberkulose, die Milch Tuberkelbazillen enthalten kann und deshalb jede Milch von auf Tuberkulin reagirenden Kühen als tuberkuloseverdächtig bezeichnet werden muss. Dementsprechend hält Beck die Tuberkulinprobe für die wichtigste Massnahme zur Gewinnung einer tuberkelbazillenfreien Milch.

Die eigenen im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin ausgeführten Untersuchungen des Verf. von Milchproben und zwar sowohl von Marktmilch, wie von sogen. Kindermilch, erstreckten sich einmal auf die Verunreinigung mit pathogenen Bakterienkeimen, vorzugsweise auf Tuberkelbazillen, zweitens auf die Frage, ob die Vernichtung dieser Keime, besonders der Tuberkelbazillen, durch ein einmaliges Aufwallen der Milch allein schon möglich, oder ob ein längeres Kochen nothwendig ist, und drittens, welches der im Haushalt gebräuchlichen Geschirre sich am besten zum Kochen der Milch eignet.

Die Untersuchungen des Verf. ergeben, dass von den 56 untersuchten Proben von Berliner Marktmilch 17 Proben = 30,3 pCt. Tuberkelbazillen und 15 Proben = 27,0 pCt. säurefeste Stäbchen (Koch) enthielten, und dass ausserdem in 34 Proben = 62,3 pCt. Streptokokken festgestellt wurden. Frei von pathogenen Keimen waren im Ganzen nur 12 Proben = 21,4 pCt. Die Ergebnisse bezüglich des Vorkommens der Tuberkelbazillen in der Marktmilch stimmen im Allgemeinen mit den bekannten Untersuchungsergebnissen von L. Rabinowitsch überein. Besonders wichtig ist der häufige Befund von Streptokokken in der Marktmilch, auf deren Beziehungen zur Sommerdiarrhoe der Kinder der Verf. hinweist.

Bezüglich des zweiten Punktes geht aus den Untersuchungen des Verf. hervor, dass ein einmaliges Aufwallen der Milch wohl zum Vernichten der Streptokokken, nicht aber zur Abtödtung der Tuberkelbazillen genügt, dass sie aber bei einem 3 Minuten langen Aufkochen ebenso zu Grunde gehn, wie die sonstigen, in der Milch enthaltenen pathogenen Keime.

Als zum Kochen der Milch geeignetste Kochgeräthe erwiesen sich dem Verf. irdene Geschirre; um ein Ueberkochen der Milch zu verhüten, muss sie von dem Zeitpunkt an, wo sie ins Wallen kommt, umgerührt werden.

Roth (Potsdam).

Gewinnung und Absatz von frischer, tuberkelbazillenfreier Trinkmilch (Eismilch).

Von Helm.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege Bd. 32 Heft. 3.)

Das zuerst in Dänemark von dem Ingenieur Casse praktisch geübte Verfahren, Milch gefrieren zu lassen und von dieser Eismilch der übrigen Milch soviel zuzusetzen, dass sie für einen bestimmten Transport ausreichend kühl erhalten wird, wurde von dem Verf. in der Richtung abgeändert, dass von einer längeren Stapelung der Milch abgesehen und das Unternehmen auf einen kleineren Umkreis beschränkt wurde. um zu verhüten, dass die Milch nicht von vorne herein in einem unhaltbaren Zustande in den Betrieb gelangte. So dann wurde die Milch möglichst schnell abgekühlt, damit sie nicht vorher ausrahmte. In der nach diesen Grundsätzen geleiteten Molkerei in Rheinsberg kommt die Milch, nachdem sie zuerst auf ihren Säuregehalt untersucht und der Fettgehalt festgestellt ist, in den Pasteurisirapparat und von hier auf den Kühler, von dem sie mit einer Temperatur von nahezu 0 Grad in den Sammelbehälter gelangt, um von hier aus in Kannen in den Kühlraum, in dem sich auch die Kältemaschine befindet, befördert zu werden. Während der heissen Jahreszeit wird die Milch mit gefrorener Milch versetzt, die in besonderen Formen derart erzeugt wird, dass die Milch vollständig gleichmässig ausfriert und eine Aufrahmung nicht stattfindet. Dass dies in der That der Fall, konnte bei wiederholten Besichtigungen der Molkerei festgestellt werden.

Die Vortheile des Verfahrens, namentlich in wirthschaftlicher Hinsicht, liegen auf der Hand. In hygienischer Hinsicht wird zunächst noch der positive Nachweis zu erbringen sein, dass die Tuberkelbazillen durch das Pasteurisirungsverfahren sicher abgetötet werden. Roth (Potsdam).

Das Wassergas, seine Herstellung, Verwendung und hygienische Bedeutung.

Von P. Roeseler.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 32 Heft 3.)

Wassergas bildet sich bekanntlich, wenn man Dampf über glühende Kohlen leitet, und besteht theoretisch aus zwei gleichen Volumina Kohlenoxyd und Wasserstoff. Diese vollständige Zersetzung tritt aber nur bei hinreichend hoher Temperatur ein. In Folge seiner ausserordentlich hohen Flammentemperatur wird es in der Industrie überall da mit Vortheil verwandt, wo es auf Erzielung besonders hoher und gleichmässiger Temperatur ankommt, insbesondere zum Schweissen und Schmieden, beim Schmelzen von Metallen, Legirungen, Flüssen in der Glas- und Thonwaarenindustrie, ferner für chemische Fabriken u. s. w. Dabei ist die Regulirung der Temperatur eine einfache und bequeme.

Bei Verwendung zu Heizzwecken bietet das Wassergas den Vortheil, dass es keiner Beimischung von Luft bedarf, um vollkommen rauch- und russfrei zu verbrennen. Was die Kosten betrifft, so ist die Heizung mit Wassergas kaum theurer, als die Heizung mit Kachelöfen. Die ausgedehnteste Verwendung scheint aber dem Wassergas auf dem Gebiet des Beleuchtungswesens, namentlich für öffentliche Zwecke bevorzustehen, und zwar kann es hier auf dreierlei Weise verwendet werden: 1. Als reines nicht leuchtendes Wassergas, unter Benutzung von Glühkörpern, 2. als karburirtes, d. h. durch Beimischung von Kohlenwasserstoffen leuchtend gemachtes Gas und 3. als Zusatz in reinem oder karburirtem Zustande zu gewöhnlichem Steinkohlen-Leuchtgas.

Besondere Vorzüge bietet die Wassergas-Auerbeleuchtung. Da das Wassergas bei seiner hohen Flammentemperatur und seiner auch ohne besondere Luftzufuhr nicht leuchtenden und nicht russenden Flamme eines Bunsenbrenners nicht bedarf, können die Brennerkonstruktionen einfacher und damit die Strümpfe stabiler und widerstandsfähiger werden, so dass mit Rücksicht auf die grössere Billigkeit des Wassergases die Gesammtkosten sich erheblich niedriger stellen, als bei andern Beleuchtungsarten.

Diesen wirthschaftlichen Vorzügen stehen auf der andern Seite erhebliche gesundheitliche Gefahren gegenüber. Die hauptsächlichste Gefahr beim Gebrauch des Wassergases beruht auf seinem hohen, durchschnittlich etwa 40 Prozent betragenden Kohlenoxydgehalt, welcher es fünfmal so giftig als Leuchtgas erscheinen lässt. Wenn gleichwohl nur äusserst selten Fälle von akuter Kohlenoxydvergiftung durch Wassergas, speziell in Deutschland, beobachtet worden sind, so schliesst das nicht aus, dass Vergiftungsfälle mit chronischem Verlauf häufiger vorkommen, und auch zur Feststellung kommen würden, wenn derartige gefährliche Betriebe nach der gesundheitlichen Seite dauernd ärztlich überwacht würden.

Die im Interesse der Arbeiter, wie der Umgebung erforderlichen gesundheitspolizeilichen Massnahmen beziehen sich vor Allem auf absolute Dichtigkeit der Apparate und Leitungen und ausgiebige Ventilation des Generator-Raums. Nicht gelungen sind bisher die Versuche, das Wassergas mit Rücksicht auf seine Giftigkeit und Geruchlosigkeit bei der Benutzung desselben als Leuchtgas durch entsprechende Zusätze von Merkaptan (Schwefelalkohol), Carbylamin u. a. stark riechend zu machen. In Amerika wird eine besondere Parfümirung des Wassergases nicht vorgenommen, weil die dort gebräuchliche Karburirung mit Erdölen dem Gase einen ähnlich durchdringenden Geruch, wie ihn das Retorten-Leuchtgas besitzt, ertheilt. Die bei uns gebräuchliche Karburation mit Benzol vermag dies jedoch nicht, da ein so karburirtes Gas sich den Geruchsnerven nur schwach bemerklich macht, weshalb das Wassergas nicht für sich, sondern nur in genügender Mischung mit Leuchtgas, wodurch sein Kohlenoxydgehalt um mindestens 15—18 Prozent herabgesetzt und ihm gleichzeitig der charakteristische Leuchtgasgeruch verliehen wird, in die Leitungen abgegeben werden darf.

Wenn demnach das Wassergas bei der Leichtigkeit und Billigkeit seiner Herstellungsweise einen erheblichen Fortschritt auf dem Gebiete der Industrie und Technik bedeutet, so sind doch die mit seiner Verwendung, namentlich zu Zwecken der häuslichen Beleuchtung und Heizung, verbundenen Gefahren derartige, dass es Aufgabe der Aerzte und Gesundheitsbeamten ist, hierauf bei Zeiten hinzuweisen. Gegen die Verwendung des Wassergases in der Industrie liegen, da hier eine dauernde Kontrole sehr wohl möglich ist, derartige prinzipielle Bedenken nicht vor. Die hier in Frage kommenden Gesichtspunkte sind in der Bekanntmachung, betreffend die Abwendung gesundheitsschädlicher Wirkungen des Wasser- und Halbwassergases vom 31. Dezember 1896 niedergelegt, die an die Stelle der im Jahre 1892 erlassenen Bekanntmachung getreten ist, und eine Milderung der dort aufgestellten Gesichtspunkte darstellt. Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

Aus den Sitzungen des 13. Internationalen medizinischen Kongresses.

Sektion für Chirurgie.

(Münch. med. Wochenschr.)

Ueber neue Mittel zum schmerzlosen Operiren sprachen die Herren **Braquehaye-Tunis**, **Severano-Bukarest**, **Racoviceano-Pitesci** ebenda und **Tuffier-Paris**. Braquehaye empfiehlt statt des Cocaïn das Nirwanin anzuwenden, welches leichter keimfrei zu machen und weniger giftig sei und dessen Wirkung länger anhalte. Bis zu einem halben Gramm hat er es ohne Störung eingespritzt. Die Wirkung tritt nach 5 bis 10 Minuten ein.

Die neuste Methode der allgemeinen Schmerzlosmachung. die Einspritzung von Cocaïn ins Rückenmark, bezw. unter die Rückenmarkshaut besprachen Severano, Tuffier und Pitesci. Die Menge des anzuwendenden Cocaïns geht nach S. bis zu 4 Centigramm, bei R. schwankt sie zwischen 2 und 4 Centigramm, T. nimmt nie mehr als $1^1/_2$ Centigramm. Am lebhaftesten wird die Methode von Tuffier empfohlen, der bereits an 125 Kranken Operationen, die theils die Gliedmassen, theils die Bauchorgane betrafen, ausgeführt hat. Ebenso oft hat Pitesci die Cocaïneinspritzungen vorgenommen. Alle Vortragenden stimmen darin überein, dass diese neue Methode recht hässliche Zufälle herbeiführen kann. Severano hat schwere Schwächeanfälle bis zu einer Dauer von 8 Stunden gesehen. Bei Tuffier klagte ein Viertel aller Behandelten über Beklemmungen und ein Gefühl von Abgestorbensein der unteren Körperhälfte. Während der Schmerzlosigkeit, die nach 5 bis 10 Minuten eintritt und $1^1/_2$ bis 8 Stunden dauert, bestehen oft Beklemmungen, Angstgefühle und Uebelkeit, Beschleunigung des Pulses, starke Blässe des Gesichts.

Nach Ablauf der Gefühllosigkeit treten „oft“ keine unangenehmen Zufälle, mitunter aber Erbrechen, Steigerung der Körperwärme bis gegen 40°, Kopfschmerzen, die nicht selten zwei Tage dauern, auf. Bei Pitesci hatten nur 17 Kranke keine Störung, 80 leichte Vergiftungserscheinungen von $^1/_2$ bis 5 Tagen Dauer, 3 schwebten in Lebensgefahr. Tuffier glaubt, dass die bedenklich scheinenden Störungen doch nie zum Tode führen, da die Lähmung des verlängerten Marks nicht hoch genug

emporsteigt. Dennoch hat er fünf Todesfälle erlebt, freilich nimmt er bei vieren andere Todesursachen an, der fünfte Kranke hatte einen Herzklappenfehler. Uebrigens nimmt T. Herzfehler nicht als Bedingung gegen die Cocaïneinspritzung an, während Pitesci diese bei Nierenkrankheiten für verboten hält. Günstig äussert sich über die Methode noch Herr Nicoletti-Neapel. [Vergl. hierzu das Referat über v. Bier in dieser Nummer.]

Ueber die Chirurgie der Bauchspeicheldrüse wurde in der ersten Nachmittagssitzung verhandelt. Wir geben aus den Referaten der Herren **Ceccherelli**-Parma und **Robson**-Leeds, deren ausführliche Wiedergabe hier zu weit führen würde, diejenigen Punkte wieder, die sich auf den Zusammenhang von Pankreaskrankheiten und Verletzungen beziehen.

Ceccherelli: Die häufigsten Geschwülste der Bauchspeicheldrüse sind Cysten, theils auf Verletzungen, theils auf selbständige Blutungen zurückzuführen, theils Verstopfungs- oder Blasenwurmcysten. Sie unterliegen chirurgischen Eingriffen, und zwar genügt es, den Cystensack auszuschälen, wonach der Hohlraum sorgfältig durch Nähte zu verschliessen ist, oder ihn nur einzuschneiden, dann aber die Cystenwand mit den Rändern der Bauchwunde zu vernähen. Eitrige und brandige Entzündungen der Drüse sind im akuten Stadium unberührt zu lassen; später aber, wenn Theile des Organs eitrig verflüssigt oder brandig abgestorben sind, muss man von vorn oder hinten her den Herd eröffnen. Bei den durch Verletzung entstandenen Hernien der Drüse kann die Rückbringung genügen, aber auch die künstliche Befestigung nothwendig sein. Bei Quetschung des Organs kann die Stärke der Blutung einen Eingriff nothwendig machen. Quere Naht des Pankreas wird gut vertragen. Blutungen in die Drüse können ohne Verletzung, dann meist durch Brand, eintreten. Behandelt müssen sie wie die traumatischen werden.

Robson: Die Pankreaskrankheiten sind häufiger als man denkt. Er allein hat 40 Fälle operirt. Bei Cysten genügt einfache Entleerung. Entzündungen können akute, eitrige hämorrhagische und brandige Form aufweisen, aber auch chronisch und mit Schrumpfung verlaufen. Die hämorrhagische Entzündung schloss sich in allen 3 Fällen, die R. beobachtete, an Verletzungen an.

In der Diskussion berichtete Herr Michaux-Paris über einen Fall von Pankreaszerreissung bei Bauchquetschung. Er hat damals ausgestopft und eine Klemme angelegt, nähen konnte er nicht. Der Verletzte starb.

Herr Böckel-Strassburg ist, wie der Vorredner, nicht sehr hoffnungsvoll bezüglich der chirurgischen Hilfe bei Pankreasverletzungen. Von 10 bekannten Fällen haben 8 mit dem Tode geendet. Das Aufsuchen und Unterbinden der blutenden Gefässe ist kaum möglich, Ausstopfung die allein mögliche Massnahme.

Herr Subbovitsch-Belgrad hat eine Pankreascyste mit blutigem Inhalt operirt. Die mikroskopische Untersuchung liess erkennen, dass im Anschluss an eine Verletzung eine chronische Entzündung der Drüse mit Verlegung von Ausführgängen und mehrfache Cystenbildung zustande gekommen war.

Herr **Le Fort**-Lilles hat experimentell Brüche der Gesichtsknochen, besonders des Oberkiefers, erzeugt. Er fand, dass in Fällen, wo die Röntgenstrahlen selbst ausgedehnte Brüche erkennen liessen, doch äusserlich die Art der Verletzung nicht zu erkennen war, weil die Bruchstücke weder verschoben, noch beweglich wurden. Bei Verletzungen der Gesichtsknochen kommt leicht ein Spalt in der Schädelbasis bis zum Hinterhauptsloch zustande. Wenn Gewalteinwirkungen in irgend einer Richtung die Mitte des Gesichts treffen, bricht in der Regel nur die mittlere Partie ein, während die Backenknochen unversehrt und in Verbindung mit dem Schädel bleiben.

Herr **Hernandez**-Mexiko spricht über die Behandlung von Verletzungen des Truncus anonymus. Bei grossen, leicht zu überblickenden Wunden räth er, zu unterbinden. Er selbst ist der Erste gewesen, welcher in einem derartigen Fall den Truncus am Lebenden wegen Verletzung unterbunden hat. Bei kleinen Wunden muss man sich auf Ausstopfung beschränken.

Herr **Chipault**-Paris giebt eine Statistik über 147 Fälle von Wirbelbruch. 34 mal bekam er die Verletzten unmittelbar nach dem Unfall in Behandlung. In 20 von diesen Fällen verzichtete er wegen des schlechten Allgemeinzustandes oder aus anderen Gründen auf jeglichen Eingriff, in den übrigen eröffnete er den Wirbelkanal, besichtigte das Rückenmark und brachte in denjenigen Fällen, wo eine starke Verschiebung der Bruchstücke eingetreten war, entweder die Bruchstücke in die richtige Lage und hielt sie theils durch gepolsterte Apparate, theils durch Naht fest, oder er entfernte Theile der Wirbelbögen (mit welchem Erfolge giebt der Bericht nicht an). Ausser den genannten Fällen hat er noch 57 frische Brüche zu behandeln gehabt. 20 mal verboten hier fieberhafte Krankheiten einen Eingriff. Hier wurde nur in 3 Fällen ein blutiger Eingriff vorgenommen, und es gelang 2 mal die Störungen am weiteren Fortschreiten zu hindern. 49 mal handelte es sich um alte Verletzungen, bei denen ausser einer in 2 Fällen erfolgreich ausgeführten Abmeisselung von Knochenwucherungen, die den Rückgratskanal verengten, nichts Besonderes zu erwähnen ist.

Eine Reihe von Vorträgen betraf die Behandlung der Knochenbrüche mit besonderer Berücksichtigung der Röntgenstrahlen.

Herr v. **Bergmann**-Berlin sprach über Fortschritte in der Behandlung der Knochenbrüche seit Einführung der Untersuchung mit Röntgenstrahlen.

Unter den Hindernissen für das Zusammenheilen gebrochener Knochen spielt eine wichtige Rolle, besonders bei Oberschenkelbrüchen, die Einklemmung von Muskeln zwischen die Bruchenden. Diese lässt sich nun leider durch die Untersuchung mit Röntgenstrahlen nicht so sicher feststellen, dass gegebenen Falls die Nothwendigkeit eines blutigen Eingriffs erkannt werden könnte. Immerhin ist ein Anhaltspunkt für die Zwischenschiebung von Muskeln gegeben, wenn bei der Durchleuchtung in den verschiedensten Stellungen ein heller Zwischenraum zwischen den Bruchstücken sichtbar bleibt.

Dagegen lassen die Röntgenstrahlen andere Ursachen des Ausbleibens einer knöchernen Vereinigung mit Sicherheit erkennen. Erläutert wird dies am Kniescheibenbruch. Hier kann die Heilung durch drei bei der frischen Verletzung mit Röntgenstrahlen deutlich nachweisbare Umstände verhindert werden: Entweder sind die beiden Bruchstücke ausserordentlich ungleich, das obere sehr gross, das untere sehr klein. Hier kann nur Naht die Vereinigung herbeiführen. Oder zwischen die beiden Hauptbruchstücke haben sich kleinere Knochensplitter oder -brocken geschoben, die erst weggeräumt werden müssen. Oder endlich das eine Bruchstück, meist das untere, hat sich so um seine Querachse gedreht, dass es das andere nicht mehr mit der Fläche, sondern nur noch mit der Kante berührt. Auch dann ist die Anpassung nur auf blutigem Wege möglich. Solche Brüche hat Bergmann 25 mal operirt, immer mit knöcherner Heilung.

Während so die Behandlung der Kniescheibenbrüche eine nahezu gleichförmige geworden ist, werden die Brüche der Speiche an ihrem unteren Ende, je nach dem Durchleuchtungsbefunde, der sehr mannigfaltig sein kann, durchaus verschieden

behandelt. Vortr. zeigt in einer Reihe von Abbildungen die Hauptformen dieser Brüche.

Eine Gruppe, deren Kenntniss eigentlich erst durch die Radiographie begründet worden ist, stellen die Brüche der Fusswurzel und des Mittelfusses dar. Sie hat man früher oft für blosse Quetschungen gehalten und durch Massage verschlimmert, während man sie jetzt richtig erkennt und ihnen die zur Heilung nothwendige Ruhestellung gönnt.

Herr **Tuffier**-Paris sprach seine Ansicht dahin aus, dass alle bisher üblichen Apparate zur Behandlung der Knochenbrüche ungenügend sind, weil sie die Bruchstücke nicht genau aneinander anpassen. Dies sei nöthig, um eine wirklich normale Thätigkeit des betr. Gliedes zu ermöglichen. Besonders die Oberschenkelbrüche heilen schlecht. Man kann das mit Hilfe der Röntgenstrahlen deutlich erkennen. Vortr. empfiehlt besondere Instrumente, mit deren Hilfe die gebrochenen Knochen in richtiger Stellung festgehalten werden sollen, nachdem sie am besten durch Naht vereinigt sind. Für die Brüche im Bereich des Ellbogen- und Kniegelenks wird die Naht in Zukunft die einzige Behandlungsweise sein.

Herr **Destot**-Lyon bespricht den Werth der Durchleuchtung bezüglich der häufig verkannten Brüche des Mittelfusses und der Fusswurzel, wovon er verschiedene Bilder zeigt. Er geht ferner genauer auf die Beckenbrüche ein und berichtet über einen durch X-Strahlen richtig erkannten Bruch am oberen Ende des Oberschenkelknochens, der bisher bald für eine Hüftgelenksentzündung, bald für eine Hüftverrenkung gehalten worden war. Schliesslich erwähnt er die Knochensprünge, welche lediglich auf dem Wege der Durchstrahlung erkannt werden können.

Herr **Lucas-Championnère** spricht über **die Behandlung der Knochenbrüche durch methodische Bewegungen und frühzeitige Massage ohne feste Verbände oder Apparate.** Seiner Ansicht nach können auf die angegebene Weise sämmtliche Brüche des Oberarms an seinem oberen und unteren Ende, ferner alle Brüche des Ellbogengelenks, insbesondere die des Ellbogens, alle Brüche der Speiche am Handgelenk, fast immer die Brüche des Schlüsselbeins, immer die am unteren Theil des Wadenbeins, die der Knöchel, soweit sie keine Neigung zur Verschiebung haben, die des Oberschenkels am Knie unter derselben Bedingung, und die des Schulterblatts. Ausnahmsweise ist die Behandlung anwendbar bei nicht verschobenen Brüchen im mittleren Abschnitt des Oberarms, des Vorderarms und Unterschenkels. — Mit den Bewegungen, die methodisch und abgemessen sein sollen, und mit einer sanften Massage, die sich nur auf die Nachbarschaft der Bruchstelle erstreckt, wird vom ersten Tage ab begonnen. Die Behandlung soll den Vorzug haben, eine schnellere und festere Knochenheilung zu bewirken, gleichzeitig den Schmerz rasch zu beseitigen und die der späteren Funktion so nachtheilige Zusammenziehung der Muskeln zu verhüten. Die Apparatbehandlung kann in allen genannten Fällen ohne Schaden weggelassen werden, weil die Apparate die Verschiebung der Knochen doch nicht verhüten können. Die blosse Anwendung von Bewegungen ohne Massage genügt in bestimmten Fällen, besonders bei Greisen und auch bei jungen Kindern, welche Neigung zu sehr ausgiebiger Knochenneubildung haben.

Herr **Thièry**-Paris spricht über die Knochennaht bei der Behandlung von Brüchen, insbesondere Unterschenkelbrüchen. Er empfiehlt dieselbe sehr und ist der Ansicht, dass der erforderliche Hautschnitt die Heilungsaussichten nicht verschlechtert.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Verletzung der Halswirbelsäule.

Entsch. vom 5. Mai 1900.

F. H. fuhr am 30. März 1899 in P. vom Bahnhof mit einem leeren Wagen zur Stadt. Plötzlich sprangen die Pferde, vor einem Hunde scheuend, zur Seite. Durch den Ruck wurde der Kläger vom Wagen geschleudert und fiel so unglücklich auf den Hinterkopf, dass er ausser einer unbedeutenden Verletzung der Kopfschwarte einen Bruch in dem unteren Theile der Halswirbelsäule erlitt. Er kam sofort in ärztliche Behandlung des Dr. med. P. zu P., welcher die Ueberführung des Verletzten in die medico-mechanische Heilanstalt des Sanitätsraths Dr. med. T. in K. am 2. Mai 1899 veranlasste. Vom Ablauf der 13. Krankheitswoche ab bis zum Tage der Entlassung des Klägers aus der T.'schen Anstalt wurden der Ehefrau und den beiden Kindern desselben die gesetzlichen Verpflegungsrenten von der Genossenschaft zugebilligt.

Bei der Entlassung des Klägers aus der T.'schen Anstalt wurde von den leitenden Aerzten folgendes Gutachten über die Verletzung zu den Akten gegeben: Bei der Aufnahme hält der Verletzte den Kopf vornüber und etwas nach links hinüber gebeugt. Die seitlichen Bewegungen desselben und der Halswirbelsäule sind stark beeinträchtigt; Hebung des Kopfes ist nur sehr wenig möglich. Der 7. Halswirbel und der 1. Brustwirbel sind stark verdickt, ragen stark hervor und sind auf Druck empfindlich. Der rechte Arm ist im Schultergelenk um 20 Grad weniger hoch zu heben als der linke. Die langen Finger beider Hände sind in den Mittel- und Endgelenken nicht ganz zu strecken und fast garnicht zu spreizen. Beim Versuch des Faustschlusses bleiben die Finger der rechten Hand 4 cm, die der linken Hand 3 cm von der Hohlhand resp. dem entgegengedrängten Daumenballen entfernt. Beide Daumen erreichen die Mittelgelenke der Mittelfinger. Der Gang ist schwer und etwas schleppend. Im Uebrigen ist Beweglichkeit und elektrische Erregbarkeit der Extremitäten und ihrer Muskeln regelrecht. Bei Augen- und Fussschluss tritt leichtes Schwanken ein, die Kniescheibenreflexe werden sehr lebhaft ausgelöst; das Hautgefühl ist gegen Nadelstiche sehr erhöht, sonst regelrecht. Der Kläger ist gegen Kälteeinflüsse sehr empfindlich.

Bei der Entlassung wird der Kopf nach vornüber und nach links hinüber geneigt gehalten, wenn auch nicht mehr in so hohem Grade, wie bei der Aufnahme. Die seitlichen Bewegungen und Drehungen der Halswirbelsäule sind jetzt in annähernd normalem Umfange möglich; dagegen ist die Hebung des Kopfes noch jetzt ziemlich beschränkt, der 7. Hals- und der erste Brustwirbel ragt noch eben so hervor wie bei der Aufnahme. Der Gang ist flott und sicher geworden; die Beweglichkeit der beiden Hände und der Finger ist eine normale, der rechte Arm kann ziemlich ebenso gut erhoben werden, wie der linke; bei Augen- und Fussschluss noch leichtes Schwanken, die Kniescheibenreflexe sind noch deutlich erhöht. Die Empfindlichkeit gegen Kälte ist nicht mehr zu finden. Der Verletzte ist daher noch auf ein Jahr um 30 pCt. in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt.

Durch den Bescheid der Genossenschaft vom 20. September 1899 wurde die Verpflegungsrente an die Familie aufgehoben und dem Kläger bis auf weiteres eine Rente von 30 pCt. vom 2. August 1899 ab zugebilligt. Gegen diesen Bescheid hat der Kläger Berufung mit dem Antrage eingelegt, den beklagten Genossenschafts vorstand zu verurtheilen, ihm, dem Kläger, vom 2. August 1899 ab die volle Invalidenrente in Höhe von 365 M. pro Jahr zu zahlen. Er behauptet noch völlig erwerbsunfähig und nicht im Stande zu sein, einen Pfennig zu verdienen und beantragt

nochmalige ärztliche Untersuchung. Dem Schiedsgericht erschien jenes Gutachten einwandsfrei und glaubhaft. Trotzdem nahm aber das Schiedsgericht an, dass dem Verletzten immer noch eine Rente von $66^2/_3$ pCt. zukomme. Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein, wo Geschäftsführer Z. beantragte, über den Zustand des Klägers Erhebungen zu veranlassen und alsdann anderweit zu erkennen; das schiedsgerichtliche Erkenntniss entbehre einer ausreichenden Begründung. Auf Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts hat Kreisphysikus Dr. J. unter dem 19. April 1900 ein Gutachten darüber erstattet, worin die Folgen des Unfalls bestehen, den der Kläger am 20. März 1899 erlitten hat, in welchem Grade der Kläger dadurch in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt wird. Im neuen Termin vor dem Reichsversicherungsamt beantragte Geschäftsführer Z. in erster Reihe, den Bescheid vom 20. September 1899 wiederherzustellen, in zweiter Reihe dem Kläger eine Rente von $33^1/_3$ Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zuzusprechen. Der Kläger hingegen behauptete, völlig erwerbsunfähig zu sein.

Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Geheimrath H. änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab: Das Reichs-Versicherungsamt trug um so weniger Bedenken, seiner Entscheidung das Gutachten des Kreisphysikus Dr. J. vom 19. April 1900 zu Grunde zu legen, als dieses mit dem Atteste des Professors Dr. T. und des Dr. H. in K. vom 1. August 1899 im Wesentlichen übereinstimmt, und der Kläger sich selbst in der Berufungsschrift sowie im Termin vor dem Schiedsgericht auf den Ausspruch des erstgenannten Sachverständigen berufen hat. Nach dem Gutachten des Kreisphysikus Dr. J. aber bestehen die Folgen des Unfalls, den der Kläger am 20. März 1899 erlitten hat, nur noch in einer Steigerung der Knieklopfzuckungen und in einer Verdickung des 7. Hals- sowie des 1. Brustwirbels mit starker Hervorragung dieser Wirbel und mit Beschränkungen der Nickbewegungen in der Halswirbelsäule. Dagegen sind sonst irgend welche wesentliche Störungen im Bereiche des Centralnervensystems nicht vorhanden, auch ist die Bewegungsfähigkeit der Arme, der Hände und der Finger nicht herabgesetzt. Den Grad der Erwerbsunfähigkeit des Klägers schätzt Dr. J. dem festgestellten Befund entsprechend auf $33^1/_3$ pCt. Demgemäss war dem Kläger anstatt der vom Schiedsgericht festgesetzten Rente von $66^2/_3$ pCt. eine solche von $33^1/_3$ pCt. der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zuzuerkennen.

Tod in Folge traumatischer Epilepsie.

Rek.-Entsch. v. 21. Juni 1900.

Der auf der Zeche Friedrich der Grosse beschäftigt gewesene Hauer V., welcher aus Anlass einer am 14. September 1892 erlittenen schweren Verletzung die Vollrente bezog, ist am 13. September 1899 an Rippenfellentzündung gestorben. V. litt in Folge des Unfalls an Schwindel oder epileptischen Anfällen. Die todtbringende Krankheit hat sich V. durch Sturz von der Haustreppe zugezogen. Die Wittwe stellte sodann für sich und ihre Kinder Antrag auf Unfallrente, indem sie behauptete, dass die Todesursache auf den Betriebsunfall vom 14. September 1892 zurückzuführen sei. Während der Sektionsvorstand den Rentenanspruch der Hinterbliebenen ablehnte, weil der Sturz von der Treppe als eine Gefahr des gewöhnlichen Lebens anzusehen wäre, verurtheilte das Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung. Der hiergegen vom Genossenschaftsvorstande erhobene Rekurs ist unter Zuerkennung von 30 Mark Kosten zurückgewiesen worden. Gründe:

Das R.-V.-A. hat sich den durchweg zutreffenden Ausführungen des schiedsgerichtlichen Urtheils angeschlossen. Da, wie die Beklagte jetzt auch zugestanden hat, die Schwindel- oder epileptischen Anfälle, an denen V. unstreitig gelitten hat, Folgen des Betriebsunfalls vom 14. September 1892 waren, er in Folge eines solchen Unfalls Ende Juli 1899 auf der Treppe seines Wohnhauses gefallen ist und sich dadurch die todtbringende Krankheit zugezogen hat, so unterliegt es keinem Zweifel, dass der Tod des V. in ursächlichem Zusammenhange steht mit dem Unfalle vom Jahre 1892, für welchen V. bis zu seinem Tode die Rente bezogen hat. Die Ansicht der Beklagten, dass der neue Unfall versicherungsrechtlich als ein selbstständiger Unfall aufzufassen sei, weil der Entwickelungsprozess der direkten Folgen des Unfalls abgeschlossen war, V. in das gewöhnliche Leben zurückgetreten ist und einer Gefahr des gewöhnlichen Lebens erlegen ist, ist schon an sich nicht diejenige, welche das R.-V.-A. in derartigen Fällen in ständiger Rechtsprechung vertreten hat (zu vergleichen Rekursentscheidungen 392, 477, 874, 1393, 1561, 1567 und 1568, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1887, Seite 209, 1888 Seite 176, 1890 Seite 500, 1895 Seite 153, 1896 Seite 468, 1897 Seite 303). Sie kann im vorliegenden Falle um so weniger gebilligt werden, als der Leidenszustand des V. zur Zeit seines zweiten Unfalls noch nicht abgeschlossen war, er vielmehr fortgesetzt bis dahin an epileptischen Krämpfen gelitten hat, durch welche auch gerade der neue Unfall herbeigeführt worden ist. Von einer Gefahr des gewöhnlichen Lebens, welcher V., wie die Beklagte behauptet, unterlegen sein soll, kann daher keine Rede sein. Es liegt ein Unfall vor, der auf den Unfall aus dem Jahre 1892 beziehungsweise auf die Folgen desselben als Ursache zurückzuführen, und für welchen die Beklagte den Klägern als den Hinterbliebenen des V. entschädigungspflichtig ist. (Kompass).

Aus dem Sächsischen Landes-Versicherungsamt.

Blitzschlag als Unfall.

Ein am Elbdamm bei Königstein beschäftigter Maurer hatte sich während eines starken Gewitterregens vom Bauplatz weg unter eine hohe Pappel geflüchtet und war dort vom Blitz erschlagen worden. Die Hinterbliebenen (Frau und fünf Kinder) waren vom Wasserbauamt und vom Schiedsgericht, an das sie appellirten, mit ihren Unfallversicherungsansprüchen abgewiesen worden, weil Unfälle durch Blitzschlag nur dann Betriebsunfälle seien, wenn der Getroffene bei seiner Thätigkeit im Betriebe der Blitzgefahr in erhöhtem Masse ausgesetzt sei; eine solche Erhöhung der Gefahr liege aber nicht schon darin, dass die Betriebsarbeit im Freien vorzunehmen sei. Das Landes-Versicherungsamt hob auf eingelegten Rekurs das schiedsgerichtliche Urtheil auf und verurtheilte den Staatsfiskus zur Zahlung von 465,51 Mk. (60 v. H. des Jahresverdienstes des Verunglückten) als jährliche Rente für die Wittwe und die Kinder, sowie zur Bestreitung der Beerdigungskosten. Möge auch, so heisst es in der Begründung, die Annahme, dass eine erhöhte Blitzgefahr nicht schon aus der Vornahme der Arbeit im Freien allein gefolgert werden könne, richtig sein, so habe doch das eingetretene Gewitter den Arbeiter genötigt, die Arbeit zeitweilig zu unterbrechen und in der Nähe des Arbeitsplatzes Schutz gegen den Regen zu suchen, um nach dem Aufhören des Regens die Arbeit fortzusetzen. Diese Massnahme, die die Beziehung des Arbeiters zum Betriebe nicht aufhob, habe für den Verunglückten eine Erhöhung der Blitzgefahr insofern zur Folge gehabt, als er, wenn auch unvorsichtiger Weise, Schutz unter einer Pappel suchte. Es hätten also besondere Umstände vorgelegen, in Folge deren der Verstorbene vermöge seiner Betriebsthätigkeit einer erhöhten Blitzgefahr ausgesetzt gewesen sei. (Kompass.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Versagte Konzession.

Entscheidung vom 5. 5. 1900.

Dr. med. S. beantragte bei der zuständigen Behörde die Genehmigung zum Betriebe einer Krankenanstalt, erhielt indessen einen abschlägigen Bescheid, da er nicht die persönliche Zuverlässigkeit zum Betriebe einer Anstalt besitze, auch seien die fraglichen Räumlichkeiten nach der vom Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg unter dem 8. Juli 1898 erlassenen Polizeiverordnung unzureichend. Nachdem der Bezirksausschuss zu Ungunsten des Dr. med. S. erkannt hatte, da die in Frage kommenden Räumlichkeiten den Anforderungen vom 8. Juli 1898 nicht entsprechen, hob das Oberverwaltungsgerichdie Vorentscheidung auf und wies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an den Bezirksausschuss zurück, da die Verordnung vom 8. Juli 1898 ungültig sei; der Bezirksausschuss habe demnach nach freiem Ermessen zu entscheiden, ob die in Betracht kommenden Räume ausreichend seien. Der Bezirksausschuss wies darauf abermals die Klage ab, weil die Korridore zum Theil zu eng und zum Theil ohne Fenster seien; die in Frage kommenden Räume genügten mithin nicht den gesundheitspolizeilichen Anforderungen. Das Oberverwaltungsgericht bestätigte nunmehr die Vorentscheidung, da der Bezirksausschuss ohne Rechtsirrthum dem Dr. med. S. die Genehmigung zum Betriebe der Krankenanstalt aus dem Grunde versage, weil die in Betracht kommenden Räume den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht genügen. M.

Gebührenwesen.

In der Gebühr für schriftliche Gutachten (§ 3 No. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872) ist diejenige für die gewöhnliche zuvorige Untersuchung eingeschlossen; nicht aber diejenige für eine längere Beobachtung.

(Urtheil des Reichsgerichts (III. Civil-Senats) vom 19. Januar 1900).

Da die Beschwerde am 30. Dezember 1899 eingelegt ist, die seit dem 1. Januar 1900 geltende neue Bestimmung des § 567 Abs. 2 der C.-P.-O., § 17 der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige sonach noch keine Anwendung leidet, so ist die Zulässigkeit der Beschwerde nicht zu beanstanden. Sie ist aber sachlich unbegründet. Allerdings ist der Beschwerde darin beizustimmen, dass in der Regel für einen zum Zweck der Vorbereitung eines schriftlichen Gutachtens empfangenen Besuch eine besondere Gebühr nicht liquidirt werden kann. Denn da, wie das Reichsgericht in dem von der Beschwerde angezogenen Beschlusse vom 5. Februar 1893 bereits ausgeführt hat, weder der § 6, noch der § 10 des Gesetzes vom 9. März 1872 auf diesen Fall bezogen werden können, sonach das bezeichnete Gesetz, welches nach § 13 der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige allein massgebend ist, für diese Thätigkeit eine besondere Tarifposition überhaupt nicht enthält, ferner aber nach Abs. 2, der die schriftlichen Gutachten betreffenden Tarifposition, § 3 No. 6 die höheren Sätze der in dem Spielraum von 6 bis 24 Mark ausgeworfenen Gebühr dem Sachverständigen insbesondere dann zugebilligt werden sollen, wenn die Untersuchung mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist, so muss man annehmen, dass für die dem Gutachten vorausgehende Untersuchung, also auch für die der Person, über welche das Gutachten erstattet werden soll, eine besondere Gebühr nicht gewährt, sondern dass diese Untersuchung durch die entsprechend zu erhöhende Gebühr für das Gutachten mitabgegolten werden soll. Dennoch aber kann der Beschwerde aus dem Grunde nicht stattgegeben werden, weil im vorliegenden Falle nach dem massgebenden Beweisbeschlusse von dem Gerichte dem Sachverständigen nicht bloss die Erstattung eines Gutachtens, sondern ausdrücklich noch etwas weiteres, nämlich eine längere Beobachtung der zu begutachtenden Person aufgegeben war. Dass nicht unter allen Umständen jede für ein demnächst zu erstattendes Gutachten einem Sachverständigen aufgetragene Thätigkeit durch die Gutachtengebühr abgegolten sein kann, liegt in dem Falle auf der Hand, wenn z. B. dem Sachverständigen eine Wochen oder gar Monate andauernde tägliche Beobachtung aufgetragen worden wäre. Nur die gewöhnliche Untersuchung, wie sie zur Erstattung jedes Gutachtens in der Regel erforderlich ist, kann als in der Gutachtengebühr mitabgegolten gelten, und für jede darüber hinausgehende Thätigkeit muss, dem allgemeinen Grundsatz des § 413 der C.-Pr.-O. entsprechend, dem Sachverständigen daher auch eine weitere Vergütung gewährt werden. Ist in dem massgebenden Gesetze für eine solche Thätigkeit eine ausdrückliche Position nicht ausgeworfen, dann ist, wie auch seitens des Reichsgerichts in dem erwähnten Beschlusse vom 6. Februar 1893 geschehen, eine entsprechende Vergütung im Geiste und Sinne des Gesetzes aus dessen sonstigen Bestimmungen zu ermitteln, und wie in jenem Beschlusse die Gebühr für einen der Terminswahrnehmung vorausgegangenen Vorbesuch in der Wohnung des Sachverständigen auf Grund der §§ 3 No. 1 und 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 auf 1,50 Mark für jede angefangene Stunde mit dem Höchstbetrag von 3 Mark für den Besuch zu bemessen ist, so kann in ganz gleicher Weise auch die Gebühr für empfangene Vorbesuche, die einem schriftlichen Gutachten vorangegangen sind, festgesetzt werden. Danach sind dann aber die bestrittenen 3 Mark, da der Besuch über eine Stunde gedauert hat, mit Recht zugebilligt. Wolle man endlich noch geltend machen, dass doch wenigstens ein Besuch, da ein solcher bei jedem Gutachten erforderlich zu sein pflege, unliquidirt bleiben müsse, so erledigt sich dies im vorliegenden Falle schon dadurch, dass nach der eingezogenen Aeusserung des Sachverständigen auch noch weitere nicht liquidirte Vorbesuche von ihm empfangen sind.

(Juristische Wochenschrift.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Schober, Dr. P. Medizinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache. Deutsch-französischer Theil. Stuttgart, Enke, 1900.

Der französisch-deutsche Theil ist schon 1898 erschienen (s. diese Zeitung 1898, No. 19, S. 411). Diesen Theil empfiehlt Leriboullet seinen französischen Kollegen mit allem Eifer, Schobers Befähigung zu einem solchen Unternehmen ins rechte Licht setzend. Aus dieser Vorrede möge nur ein Satz angeführt werden: „La langue allemande est, en effet, de celles, qu'un médecin ne doit plus ignorer non seulement parce que, dans les Congrès internationaux qui se multiplient chaque année, c'est en Allemand que se font les plus nombreuses communications, mais encore et surtout parce que la littérature scientifique de l'Allemagne a progressé à pas de géants et nous donne chaque jour de nouveaux sujets de recherches et de critiques."

Guder.

Scholz, Dr. Fr. in Bremen. Von Aerzten und Patienten. Lustige und unlustige Plaudereien. Zweite, verbesserte Auflage. München, Seitz und Schauer. 160 S. Pr. geb. 4 M.

Verbessert ist hauptsächlich das Aeussere des Buches, das sich sehr vornehm präsentirt. Der Text ist nahezu unver-

ändert geblieben — er hat ja wohl keiner Verbesserung bedurft. Möge der treffliche Verfasser für seine gewandten und liebenswürdigen, dabei herzerfrischend offenen und — die Hauptsache — nie langweiligen Plaudereien einen immer grösseren Leserkreis finden.

Lohmar, Paul, Geschäftsführer der Sektion IV der Steinbruchs Berufsgenossenschaft. Welche Neuerungen bringt das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900. Ein Leitfaden für die ehrenamtlichen Organe und die Beamten der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Selbstverlag. Köln 1900. 31 S. Einzelpreis 30 Pfg. Bei über 20 Exemplaren ermässigter Preis.

Ein praktisches Orientirungsschriftchen, das auch für die mit Unfall-Untersuchungen beschäftigten Aerzte empfehlenswerth ist.

Bernstein, Dr. M., Spez.-A. für Haut- u. Harnkr. in Cassel. Anleitung zur Verhütung geschlechtlicher Erkrankungen für das männliche Geschlecht. Mit einem Vorwort von Dr. Max Joseph-Berlin. Cassel 1900. Th. G. Fisher & Co. 48 S. Pr. 1 M.

Von der Grundanschauung ausgehend, dass gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten die Allgemeinheit vorläufig wenig, die Einzelnen dagegen viel thun können — wenn auch der Erfolg sich nur langsam zeigen kann —, hat der Verf. in recht gemeinverständlicher knapper Form die vorliegende Anweisung zur Verhütung (bezw. Coupirung) der Geschlechtskrankheiten geschrieben. Den Fehler, den solche Schriften oft haben können, dass die Leser eine Halbbildung erwerben, in der sie den Arzt entbehren zu können glauben, hat B. sicher vermieden. Ebensowenig ist seine Darstellung geeignet, geschlechtliche Lüsternheit anzuregen. Nur einen Fehler hat das Schriftchen: Es ist viel zu theuer. Schriften, die auf breiteste Kreise wirken sollen, müssen so billig sein dass sie schon um des geringen Preises willen von Jedermann gekauft werden. 20, 25 Pfennig, aber nicht eine Mark!

Tagesgeschichte.

Das Gewerbe-Unfallgesetz vom 30. Juni 1900

tritt am 1. Oktober in Kraft. Wir haben über dasselbe bereits in No. 23, 1899 und No. 7 und 11, 1900 Aufsätze gebracht, die sich mit der Stellung der Aerzte zu dem neuen Gesetz ausreichend beschäftigen. Einige vom ärztlichen Gesichtspunkte bemerkenswerthe Einzelheiten sollten heute ergänzend hinzugefügt werden.

Die Entschädigungspflichten der Berufsgenossenschaften sind wesentlich erhöht worden. Es war bisher eine Lücke im Gesetz, dass Verunglückte vor Ablauf der dreizehnten Woche, wenn sie wieder arbeitsfähig, aber noch nicht voll erwerbsfähig waren, keinerlei Entschädigung erhielten. Das soll jetzt anders werden. Von dem Tage ab, an welchem das Krankengeld der Kasse wegfällt, soll in denjenigen Fällen, bei denen voraussichtlich eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit über die dreizehnte Woche hinaus dauern wird, regelmässig Unfallrente gezahlt werden. Auch haben die Berufsgenossenschaften das Recht, statutarisch auch bei kürzer dauernder Erwerbsminderung sich zur Rentenzahlung zu verpflichten.

Die Berufsgenossenschaft muss ferner die zur Sicherheit des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate u. s. w.) gewähren.

Vom ärztlichen Standpunkte sehr zu billigen ist die neue Bestimmung, dass hilflose Unfallrentner, welche fremder Wartung und Pflege bedürfen, eine Erhöhung der Rente bis um 100 Prozent beanspruchen können.

Nicht ohne grosse Schwierigkeiten wird die Bestimmung ausführbar sein, wonach Verletzten, die ohne eigene Schuld thatsächlich arbeitslos, aber theilweise erwerbsfähig sind, vorübergehend eine Erhöhung der Teilrente bis zum Betrage der Vollrente gewährt werden kann. Hoffentlich werden die Vereine für Unfallverletzte dafür sorgen, dass dieser Paragraph möglichst selten in Frage kommt.

Das Gesetz gewährleistet ferner Hinterbliebenenrente der Ehefrau, auch wenn die Ehe erst nach dem die tödtliche Krankheit herbeiführenden Unfall geschlossen ist (aber nur in besonderen Fällen), den Kindern einer verwittweten, vom Ehemann verlassenen oder unverheiratheten Verunglückten, dem Wittwer und den Kindern einer Ehefrau, die wegen Erwerbsunfähigkeit des Ehemannes ganz oder überwiegend die Familie zu unterhalten hat, den elternlosen Enkeln des Verunglückten bis zum 15. Lebensjahr im Fall der Bedürftigkeit. Ist der Verunglückte in einer Heilanstalt untergebracht, so kann die Berufsgenossenschaft während dieser Zeit ihm bezw. seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung gewähren.

An Stelle der bisher allein üblichen Rentenzahlung können unter besonderen Umständen neue Unterstützungsarten treten:

1. kann auf Antrag des Unterstützungsberechtigten dessen Aufnahme in ein Invalidenhaus oder dergleichen auf Kosten der Berufsgenossenschaft erfolgen;

2. können Verletzte, welche 15 Prozent der Vollrente oder weniger erhalten würden, auf ihren Antrag, aber nur nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde statt der Rente ein von der Berufsgenossenschaft festzusetzendes Kapital bekommen. Sie begeben sich allerdings dadurch des Rechtes, bei nachträglicher Verschlimmerung der Unfallfolgen weitere Ansprüche zu erheben.

Bezüglich des Heilverfahrens wird angeordnet, dass die Ueberführung des in einer Heilanstalt untergebrachten Verletzten in eine andere Heilanstalt gegen den Willen des Verletzten nur dann erfolgen darf, wenn die untere Verwaltungsbehörde seine Weigerung als unbegründet feststellt. Dagegen kann auch ohne Zustimmung des Verletzten dessen Unterbringung in eine Heilanstalt angeordnet werden, wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, dass eine fortgesetzte Beobachtung in Folge des Zustandes oder des Verhaltens des Verletzten erforderlich ist.

Aenderungen der Rentenhöhe darf die Berufsgenossenschaft nach Ablauf von zwei Jahren, seit der Rechtskraft ihres Bescheides nur noch in Zeiträumen von mindestens einem Jahr treffen. Sind vollends fünf Jahre vergangen, so kann eine anderweitige Feststellung nur durch Entscheidung des Schiedsgerichts auf Antrag erfolgen.

Neue Pflichten sind den Berufsgenossenschaften insofern zuertheilt worden, als sie zum Erlass von Unfallverhütungsvorschriften im Aufsichtswege angehalten werden können und verpflichtet sind, für die Durchführung der Vorschriften Sorge zu tragen. Die Vorschriften müssen zunächst den betheiligten Sektionen zur Begutachtung vorgelegen haben und vom Reichs-Versicherungsamt genehmigt sein.

Die neuen Bestimmungen über die Schiedsgerichte und die Ausdehnung der Unfallversicherung auf weitere Betriebszweige werden erst später, an einem durch Kaiserliche Verordnung noch zu bestimmenden Zeitpunkt in Kraft treten.

Ein Blick auf die vorstehenden Einzelheiten lehrt, wie sehr das Gesetz wieder geeignet ist, die Mitwirkung der Aerzte bei der Unfallversicherung zu vermehren. Da ist zunächst die

ganz allgemeine Regel (s. d. früheren Berichte), dass vor Ertheilung eines Bescheides, der nicht die Vollrente bewilligt, stets der behandelnde Arzt zu hören ist. Besonders die Kassenärzte werden dadurch in engere Beziehung mit der Unfallbegutachtung treten. Ferner wird mit der Zahl der entschädigungspflichtigen Unfallfolgen — durch das Hinzutreten der vor Ablauf der 14. Woche festzusetzenden Renten — auch die Zahl der ärztlichen Berichte wachsen. Einen mässigen Zuwachs wird die Menge der ärztlichen Gutachten durch Erweiterung des Kreises der zum Empfang von Hinterbliebenenrente Berechtigten erfahren. Die Privatärzte werden gelegentlich um Rath angegangen werden, ob ein zum Empfang einer kleinen Rente Berechtigter, der ein Abfindungskapital beanspruchen kann, eine spätere Verbesserung oder Verschlimmerung seines Zustandes zu erwarten hat. Amtsärzte werden attestiren müssen, dass gegebenenfalls bei einem zu Untersuchenden dauernde Beobachtung erforderlich ist.

Diesen Erweiterungen der ärztlichen Thätigkeit steht eine Einengung nur insofern gegenüber, als die Häufigkeit der Nachuntersuchungen eingeschränkt ist. Aber diese Einschränkung brauchen wir nicht zu bedauern, denn vom ärztlichen Standpunkte aus sind gehäufte Nachuntersuchungen nach Ablauf der ersten Jahre meist wenig erquicklich, sie machen die wirklich Kranken oft ängstlich, meist mürrisch und feindselig, und sind für die Berufsgenossenschaften ziemlich werthlos, so dass sie wohl jetzt schon zu den Seltenheiten gehören.

Krankenversicherungspflicht der Seeleute.

Dem Vernehmen nach werden gegenwärtig regierungsseitig Erhebungen darüber angestellt, ob die Durchführung der Krankenversicherungspflicht für die Seeleute zweckmässig sei. Die in Betracht kommenden wirthschaftlichen Vereinigungen der Küstenbezirke sind um ihre Gutachten angegangen. Vielfach hält man hier den Anschluss der Krankenversicherung der Seeleute an die Ortskrankenkassen wegen der Schwierigkeit der Kontrole und der Berechnung für schwer durchführbar. Man glaubt in diesen Kreisen einen gangbaren Weg erst dann vor sich zu haben, wenn die Kasse gegründet ist, die im § 11 des neuen Invalidenversicherungsgesetzes in Aussicht genommen ist. Bekanntlich überträgt diese Bestimmung der See-Berufsgenossenschaft die Invaliden- und Altersversicherung der Seeleute unter der Bedingung, dass auch eine allgemeine Wittwen- und Waisenversorgung eingerichtet wird. Dem Bundesrath liegt ein Entwurf zur Einrichtung der entsprechenden Kasse und Organisation vor. Man glaubt in nautischen Kreisen, dass am besten dieser Kasse auch die Regelung der Krankenversicherung der Seeleute übertragen würde. Damit würde für die Seeleute eine völlig in sich geschlossene, aber auch von allen andern Gebieten abgeschlossene Versicherung eingerichtet werden. (Deutsche Arbeiter-Zeitung.)

Die Pest.

Kurz nachdem der Hamburger Pestfall bekannt geworden war, tauchte das Gerücht auf, dass in Berlin ein Laboratoriumsdiener an der Seuche erkrankt sei. Glücklicherweise ergab die Untersuchung, dass es sich nur um eine harmlose furunkulose Entzündung der Nase handelte. Dagegen hat sich in Glasgow ein wirklicher Pestherd gebildet. Ueber die Art der Einschleppung kann man nur Vermuthungen hegen. Allem Anschein nach ist die Einschleppung durch Schiffe aus Indien erfolgt. Ist doch schon am 15. August auf einem aus Kalkutta kommenden Schiff, das demnächst nach Glasgow fahren sollte, ein Pestfall und ein pestverdächtiger Fall vorgekommen. (Veröff. d. Kaiserl. Ges.-Amts No. 35). In der nächsten Woche starb dann ein Kind in Glasgow, dessen Eltern mit einem Dockarbeiter in regem Verkehr standen, an einer scheinbar einfachen Lungenentzündung. Dann erkrankten die Eltern und ein Hausgenosse unter typhusartigen Erscheinungen. Erst nach ihrer Ueberführung ins Krankenhaus wurde der Pestverdacht rege, der sich bald bestätigte. Gegenwärtig sind nach den neusten Zeitungsnachrichten im Ganzen 15 Pestfälle amtlich festgestellt, zwei davon erst am 8. September. Ein Kranker ist gestorben, zwei Personen sind pestverdächtig, 109, die mit den Erkrankten in Berührung gewesen sind, stehen unter Beobachtung.

In Deutschland sind, um die Einschleppung der Krankheit nach Möglichkeit zu verhindern, schleunigst Hafenärzte in Stettin, Altona und Emden angestellt worden, die beim polizeiärztlichen Ueberwachungsdienst des Schiffsverkehrs thätig sein werden.

Das neue Reichsseuchengesetz ist auf diese Weise mit einem Schlage sehr aktuell geworden. Wie die Berl. Pol. Nachr. melden, wird der Bundesrath demnächst die bisher noch ausstehenden Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze erlassen. Bei dringender Gefahr bietet das Gesetz schon jetzt die Handhabe für die von den Einzelstaaten oder auch vom Reiche zu ergreifenden Maassnahmen.

Verbreitung der Lepra.

Nach den Veröffentlichungen des Kaiserl. Ges.-Amts waren in Preussen am 15. Dezember 1899 22 zweifellos festgestellte Leprakranke amtlich bekannt (gegen 22 im Vorjahre); davon stammten 16 aus dem Kreise Memel, 1 aus dem Kreise Rössel; 1 hat sich in Livland, 2 in Brasilien, je 1 in Birma und auf der Insel Penang angesteckt. Von den 22 Kranken waren 10 in ihrer Familie, 11 im Lepraheim bei Memel untergebracht; doch sollten von ersteren noch 4 bis Ende des Jahres 1899 in das Lepraheim übergeführt werden; eine Kranke befand sich im Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin. Ausser den 16 sicher festgestellten waren noch 4 zweifelhaft Lepröse im Kreise Memel vorhanden, welche weiter beobachtet werden.

In Hamburg waren Ende des Jahres 1899 10 Leprakranke amtlich bekannt (im Vorjahre 9); hiervon befanden sich 5, sämmtlich Deutsche, in Privatwohnungen, die anderen, Ausländer, in Krankenhausbehandlung. Bei Allen ist die Ansteckung im Auslande erfolgt. Ausserdem befand sich Mitte Januar d. J. noch ein Leprakranker im Staatsgebiet von Mecklenburg-Schwerin (gegen 1 im Vorjahr). Aus den übrigen Bundesstaaten liegen Mittheilungen über das Vorhandensein von Leprafällen nicht vor.

Das Vorkommen des Rhinoscleroms in Deutschland.

Der Privatdocent Dr. Gerber in Königsberg hat im Archiv für Laryngologie auf das Vorkommen des Rhinoscleroms in Ostpreussen hingewiesen. Hierdurch angeregt, hat das Kultusministerium die Physiker des Kreises Gumbinnen veranlasst, auf diese Krankheit zu achten und über ihre Verbreitung einen Bericht abzustatten. Dr. Gerber fordert nunmehr die ostpreussischen Aerzte zur thatkräftigen Unterstützung dieser Ermittelungen auf. Wir weisen die Kollegen auch unsererseits auf die Wichtigkeit dieser Feststellungen hin und werden in nächster Nummer die von G. angegebenen Kennzeichen des Skleroms in einem Referat mittheilen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Dancke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. | № 19. | Ausgegeben am 1. Oktober.

Inhalt:

Geisteskrankheit oder Geistesschwäche? (§ 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches.)

Von

E. Mendel.

Das Bürgerliche Gesetzbuch hat in seinem § 6 neben der Entmündigung wegen Geisteskrankheit auch die wegen Geistesschwäche eingeführt.

Ich hatte bei meiner Besprechung des ersten Entwurfs des Bürgerlichen Gesetzbuchs[1]) darauf aufmerksam gemacht, dass die „blosse Geistesschwäche“, bei welcher der Entwurf nur eine Pflegschaft angeordnet hatte und diese nur mit Einwilligung des Kranken, oft genug einen weitergehenden Schutz in einer Vormundschaft erforderte. Das von mir ausgesprochene Bedenken hat zwar der zweite Entwurf als berechtigt anerkannt, aber er glaubte doch die „Geistesschwachen“ besonders berücksichtigen zu müssen und hat ihnen gegenüber den wegen Geisteskrankheit Entmündigten gewisse Rechte zugestanden, speziell eine beschränkte Geschäftsfähigkeit gegeben.[2])

Da das Gesetz die „Geistesschwäche“ nirgends definirt nimmt es nicht Wunder, dass vorerst sowohl von juristischer wie von ärztlicher Seite die verschiedensten Auslegungen gegeben wurden, und dies dürfte kaum anders werden, als bis der höchste Gerichtshof eine Entscheidung darüber gegeben haben wird, was unter Geistesschwäche zu verstehen ist. Bis dahin dürfte es nicht ohne Interesse sein, das Material, das sich in der Praxis ergiebt, zu sammeln, zumal dieses ja auch für die schliessliche Entscheidung des höchsten Gerichtshofes von Belang sein muss.

Aus diesem Grunde scheint mir das nachfolgende Gutachten der Veröffentlichung werth.

Frau X. war von Herrn Professor Y. für geistesschwach erklärt worden. Das Amtsgericht war der Ansicht, dass der Gutachter die Begriffe Geisteskrankheit und Geistesschwäche verkennt und meinte, dass hier nicht einmal einer jener Fälle vorliegt, wo die Grenze von Geisteskrankheit und Geistesschwäche zweifelhaft sein kann. Unter Geistesschwäche dürfte das Bürgerliche Gesetzbuch ganz andere Geisteszustände verstehen, wie den hier zur Beurtheilung stehenden.

Es wurde mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft beschlossen, von mir ein Superarbitrium einzuholen, welches ich jetzt folgen lasse:

Dem Königlichen Amtsgericht zu A. beehre ich mich hierdurch, das durch Beschluss vom 17. Februar cr. erforderte

[1]) Eulenberg: Vierteljahrsschrift f. ger. Medizin. N. F. 49. 2.

[2]) Ich hatte gehofft, dass die „Geistesschwäche“ gestrichen werden würde, da im psychiatrischen Sinne Geistesschwäche nur ein Symptom ist, das bei den verschiedensten Psychosen auftreten kann, wenn man aber von „blosser Geistesschwäche“ spricht, nur Imbecillität gemeint sein kann.

Ober-Gutachten darüber zu überreichen ob, wenn die in dem Gutachten des Herrn Professor Y. vom 25. Dezember 1899 mitgetheilten Thatsachen in Bezug auf den geistigen Zustand der Frau X. richtig sind, dieselbe im Sinne des B. G. B. an Geisteskrankheit oder Geistesschwäche leidet.

Dass Frau X. im psychiatrischen Sinne geisteskrank ist, kann nach den in den Akten enthaltenen Thatsachen und nach der in dem erwähnten Gutachten gegebenen wissenschaftlichen Verwerthung derselben nicht zweifelhaft sein.

Herr Professor Y. bezeichnet die Geisteskrankheit als „Grössenwahn".

Frau X. hat bald nach ihrer Verheirathung im Jahre 18.. Neigung zum Grossthun und Schuldenmachen gezeigt. Sie hat in den Jahren 18.. und den folgenden erhebliche Summen, die ihr der Ehegatte zur Bezahlung laufender Rechnungen eingehändigt hatte, unterschlagen, „nach späterem eigenen Geständniss auch Quittungen gefälscht und in der Zeit eines Jahres für 10628 Mark Schulden gemacht".

Im Frühjahr 1887 hat sie einen besonderen Laden in O. gemiethet und ein Konfektionsgeschäft etablirt, auf ihrem Gute eine Brutanstalt eingerichtet und sind dadurch Verluste und allerlei Unzuträglichkeiten entstanden. Wegen der Bestellung von Hühnern und deren Nichtbezahlung ist auch ein Civilprozess gegen Frau X. angestrengt worden. Bei dem Explorationstermin entwickelte sie die Idee, mit 1000 Mark Anlagekapital eine Kunstweberei zu errichten, mit diesen 1000 Mark sollen sechs schwedische grosse Webstühle à 40 Mark angeschafft werden, jeder Webstuhl bringt nach Auflage von Garn wöchentlich 15 Mark, jeder Webstuhl also jährlich 780 Mark, sechs demnach 4680 Mark pro Jahr, d. i. einen Gewinn von 400 Prozent. Den Gewinn rechnet sie später auf 8000 Mark aus, sie behauptet von sich: „Meine geschäftlichen Unternehmungen gelingen immer; ich verrechne mich nie. Ich habe noch nie Verluste gehabt; ich berechne mir vorher alles mit mathematischer Genauigkeit."

Als ihre der landwirthschaftlichen Zeitung eingesandten Projekte über Geflügelzucht, wobei sie von 300 Hühnern einen Reingewinn von 900 Mark pro Jahr herausrechnete, bei den Lesern der Zeitung ungläubiges Kopfschütteln hervorrief, schreibt sie an ihren Mann: „Jemehr Du mich für geistesschwach und unheilbar krank — wie Herr O. in seinem Blatt schreibt — erklärst, desto mehr wächst meine Energie und Thatkraft, meine Fähigkeiten, und desto mehr fliesst mir die Sympathie aller bedeutenden Menschen zu."

Im Explorationstermin erklärte sie: „Zu den Unternehmungen aber habe ich Zeit. Es fallen mir alle Augenblicke Ideen ein, die zeichne ich dann auf und gebe sie meiner Vertrauensperson zur Ausführung."

In einem Briefe schreibt sie an eine Dame: „Ich garantire Ihnen, dass ich Ihnen zeige, wie Sie ohne Mühe alle zwölf Wochen Ihr flüssiges Kapital verdoppeln! Ich gebe Ihnen mein Wort darauf;" ferner: „Durch meinen Rath und meine Hilfe, ohne dass die betreffenden Jemand meinen Namen verrathen haben, habe ich schon vielen zu einem hübschen Vermögen geholfen. Also, wenn Sie auf mich hören, garantire ich Ihnen, dass Sie in wenigen Monaten bei vollständiger Unabhängkeit ein monatliches Mehreinkommen von 1 bis 200 Mark haben. Ich denke, dass Sie das Alles einsehen werden und deshalb auch meine Wünsche fördern werden. Ist es nicht mit dem S., so finden wir eine andere Besitzung. Dann verkaufen Sie ruhig und machen Ihr Geld flott."

Ob der in den angeführten Aeusserungen sich aussprechende Grössenwahn das Initialsymptom einer paralytischen Geisteskrankheit ist, wie Herr Professor Y. annimmt, oder vielmehr einer anderen Form von Geisteskrankheit angehört, das erscheint bei der vorliegenden Rechtsfrage unerheblich, und gehe ich deswegen umsoweniger an dieser Stelle darauf ein, als zur Entscheidung über diese Frage eine persönliche Untersuchung resp. Beobachtung erforderlich wäre. Sicher erscheint mir, in Uebereinstimmung mit Herrn Professor Y., dass nach den vorliegenden Thatsachen, von denen einzelne oben hervorgehoben wurden, der Frau X. die Fähigkeit fehlt, ihre Angelegenheiten zu besorgen.

Herr Professor Y. ist der Ansicht, dass im vorliegenden Falle diese mangelnde Fähigkeit im Sinne des B. G. B. nicht durch Geisteskrankheit, sondern durch Geistesschwäche bedingt sei. Er hält dafür, dass nur ein höherer Grad der Geschäftsunfähigkeit mit Geisteskrankheit zu bezeichnen ist, dass aber im vorliegenden Falle die Entwickelung des Grössenwahns noch nicht so weit vorgeschritten ist, um auch denjenigen geringeren Grad von Geschäftsfähigkeit auszuschliessen, welcher den wegen Geistesschwäche zu Entmündigenden nach den Bestimmungen des B. G. B. noch vorbehalten ist.

Dass der Ausdruck Geistesschwäche im B. G. B. mit dem psychiatrischen Begriff der Geistesschwäche nicht zusammenfällt, geht schon aus der Thatsache hervor, dass das Gesetz Geisteskrankheit und Geistesschwäche einander gegenüberstellt, während in der Psychiatrie die Geistesschwäche ein Symptom ist, welches bei den verschiedensten Geisteskrankheiten vorkommen kann, beide Ausdrücke sind demnach im ärztlichen Sinne als koordinirte nicht zu betrachten.

Da das B. G. B. den Ausdruck Geistesschwäche nicht definirt, so wird in erster Reihe, um die Bedeutung des Begriffes „Geistesschwäche" zu erfahren, nachzuforschen sein, in welcher Weise derselbe im B. G. B. entstanden ist. Der erste Entwurf des B. G. B. hatte in seinem § 28 überhaupt nur Geisteskrankheit als Entmündigungsgrund hingestellt (§ 28. Eine Person, welche des Vernunftgebrauches beraubt ist, kann wegen Geisteskrankheit entmündigt werden) und ausdrücklich ist in den Motiven zu jenem Paragraphen (Bd. I, pag. 62 Abs. 4) gesagt, „blosse Geistesschwäche, ungenügende Entwickelung der geistigen Kräfte im Gegensatz zum Mangel der Fähigkeit regelrechter Willensbestimmung, schliesst die natürliche Geschäftsfähigkeit nicht aus, und giebt deshalb keinen Grund zu einer Entmündigung wegen Geisteskrankheit ab." Hier war also Geistesschwäche gleichbedeutend erachtet mit ungenügender Entwickelung der geistigen Kräfte. Der Geistesschwache sollte mit seiner Einwilligung einen Pfleger erhalten. (§ 1739 des Entw.) Ich habe in einer Besprechung des ersten Entwurfs des B. G. B. auf das Bedenkliche der Bestimmung, bei Geistesschwäche die Möglichkeit einer Entmündigung nicht zu gestatten, aufmerksam gemacht.

Diesem Bedenken hat sich der zweite Entwurf nicht verschlossen. Es heisst in der dem Reichstag überreichten Denkschrift (pag. 9): „Unter der gleichen Voraussetzung wie wegen Geisteskrankheit wird Entmündigung zugelassen wegen Geistesschwäche. Auch derjenige, dessen geistige Kräfte unvollständig entwickelt sind, bedarf, wie besonders von ärztlicher Seite betont worden ist, des Schutzes gegen die nachtheiligen Folgen seiner Einsichtslosigkeit und gegen die Ausbeutung derselben durch Andere.[3])

Auf diese Weise ist die Geistesschwäche in den Entmündigungs-Paragraphen gekommen, und diese Geschichte der Entwickelung legt den Schluss nahe, dass Geistesschwäche gleich ungenügender Entwickelung der geistigen Kräfte ist, d. h. gleich jener Form der Geisteskrankheit, welche im psychiatrischen Sinne als Imbecillität bezeichnet wird, und deren wesentliches Symptom Geistesschwäche ist.

---

[3]) Speziell auf diesen Punkt hatte ich bei Besprechung des ersten Entwurfs hingewiesen.

Mit dieser Auffassung im Einklang steht, dass bereits früher Windscheid (Pandekten Bd. I, § 54 Frankfurt a. M., 7. Aufl. 1891) Geistesschwachheit als die blosse Unentwickeltheit der geistigen Kräfte definirt hat, und dass das Reichsgericht (Bd. 14 S. 249) in einem gemeinrechtlichen Falle Geistesschwäche als „krankhafte Unvollkommenheit der Geisteskräfte“ bezeichnet hat.

Dementsprechend haben auch von den bisher erschienenen Kommentaren Kuhlenbeck (Von den Pandekten zum B. G. B. I, S. 120 bis 122, Berlin 1898), Benedix (Deutsches Privatrecht I, S. 45, Breslau 1898), ferner Milferstädt (bei Gruchot, Beiträge zur Erläuterung des deutschen Rechts, Bd. 41, S. 528 bis 530) sich ausgesprochen. Letzterer rügt die Unklarheit des Begriffes der Geistesschwäche und meint, diese müsse im pathologischen, nicht im physiologischen Sinne verstanden werden und zwar müssen „angeborene psychische Schwäche, also Imbecillität oder leichte Fälle der Idiotie, vorliegen“.

Das von Achilles, seiner Zeit Kommissar des Reichs-Justizamts bei der Kommission für die zweite Lesung des Entwurfs eines B. G. B., in Verbindung mit den Schriftführern dieser Kommission herausgegebene Bürgerliche Gesetzbuch definirt (S. 3 unter 3) Geistesschwäche als „unvollständige Entwickeluug der Geisteskräfte.“

Fragt man bei dieser anscheinend klaren Sachlage, ob Frau X. im Sinne des B. G. B. geistesschwach ist, so muss die Frage verneint werden.

Nirgends ist in den Akten, speziell auch nicht in dem Gutachten des Herrn Prof. Y. ein Anhaltspunkt dafür, dass von Jugend auf bei derselben eine mangelhafte Entwickelung der geistigen Kraft stattgefunden hat, dass sie im psychiatrischen Sinne imbecill wäre, ganz im Gegentheil ist anzunehmen, dass Frau X. eine geistig gut veranlagte Frau ist, deren geistige Kraft in späteren Jahren krankhaften Veränderungen unterlegen ist.

So lange aber eine Definition des Begriffes Geistesschwäche durch den höchsten Gerichtshof nicht vorliegt, wird es nothwendig sein, die von den oben auseinandergesetzten Anschauungen abweichenden und zum Theil ihnen diametral entgegengesetzten nicht mit Stillschweigen zu übergehen.

Mehrere Autoren nehmen an, dass zwischen Geistesschwäche und Geisteskrankheit ein gradueller Unterschied besteht. So Planck (B. G. B. II. Aufl. I. pag. 58): „der Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche kann nicht in dem Grunde liegen, auf welchem die Anomalie beruhe, da beide sowohl angeboren sein, als durch spätere Krankheit entstehen könnten. Entscheidend sei der Grad der geistigen Erkrankung“.

Endemann (Einführung in das B. G. B. Bd. I. S. 157. 160) meint, dass der geistesschwach ist, „der, ohne dass bei ihm lebhafte Affekte einer akuten Gehirnerkrankung auftreten, von einer dauernden Geisteskrankheit befallen ist, die sich entweder als ein Zurückbleiben in der geistigen Entwickelung oder als eine schleichende Einbusse der Geistesfähigkeiten charakterisirt“. Zu gleicher Auffassung kommen: Neumann (Handausgabe u. s. w. Berlin 1898 zu § 6. A. I 2. S. 6), Rehbein (das B. G. B., Berlin 1898. S. 18), Szkolny und Caro (B. G. B., Berlin 1898 zu § 6), Goldmann und Lilienthal (Das B. G. B. systematisch dargestellt nach der Legalordnung des Allg. L. R., Berlin 1897, Heft I, S. 39). Die Letzteren meinen: Geistesschwäche ist — gleichgültig wie die Psychiatrie darüber urtheilt — ein geringerer Grad der geistigen Anomalie.

Endlich ist zu erwähnen, dass Casak (Lehrbuch u. s. w. II. Aufl. S. 727. Jena 1899) und Meisner (Allgem. Theil des B. G. B. S. 16. Berlin 1898) der Ansicht sind, dass Geistesschwäche und Geisteskrankheit zwei verschiedene Formen sind und ihre Unterscheidung im Wesentlichen der zwischen Blödsinn und Wahnsinn im A. L. R. entspricht.

Auch Herr Prof. Y. scheint nach seinem Schlussgutachten dieser letzteren Ansicht sich zuzuneigen.

Ist die Ansicht, dass zwischen Geisteskrank und Geistesschwach ein gradueller Unterschied besteht oder die, dass beide verschiedene Formen der Geisteskrankheit darstellen, richtig, dann ist das B. G. B. schliesslich in direkten Gegensatz zu dem getreten, was unter dem Beifall aller ärztlichen Sachverständigen in dem ersten Entwurf des B. G. B., welcher den Wahnsinn und Blödsinn des A. L. R. beseitigte, in folgenden Sätzen sich aussprach; „Jeder Versuch einer derartigen Scheidung ist bedenklich und zwecklos; bedenklich, weil nach dem Stande der Seelenheilkunde die einzelnen Formen oder Stadien der Geistesstörungen weder erschöpfend aufgezählt, noch unter einander abgegrenzt werden können; zwecklos, weil weder die Verschiedenheit der äusseren Anzeichen, noch der Umstand, ob die Störung vorzugsweise die eine oder die andere Seite der Geistesthätigkeit ergreift, für die an einen solchen Zustand zu knüpfenden rechtlichen Folgen von massgebender Bedeutung sein könne“ (Motive zum I. Entw. Bd. I, S. 61).

Für die Annahme einer Aenderung der Auffassung über die Geisteskrankheit scheinen allerdings die Protokolle der zweiten Lesung zu sprechen, welche in Band IV S. 844 1897, folgendes besagen: „der Unterschied (zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche) liege weniger in dem Begriffe; namentlich wäre es irrig, den Unterschied lediglich darin zu finden, dass der normale Zustand der Geistesthätigkeit bei der einen ein krankhafter, bei der anderen ein angeborener sei. Massgebend für die Unterscheidung sei vielmehr die verschiedene Art, in Folge deren der Geistesschwache wie der Geisteskranke seine Geschäfte nicht zu besorgen vermöge“.

Bei dieser Sachlage dürfte im vorliegenden Falle die Frage nicht zu umgehen sein, ob die geistige Störung der Frau X. derartig ist, dass derselben diejenigen Rechte gewährt werden können, welche das Gesetz dem Geistesschwachen gegenüber dem Geisteskranken vorbehalten hat.

Es kommen in dieser Beziehung folgende Bestimmungen des B. G. B. im Wesentlichen in Betracht:

§ 112 und 113.

Dass bei dem Zustande der Frau X. ärztlicherseits die Frage verneint werden muss, dass sie zu einem selbständigen Betrieb irgend eines Erwerbsgeschäfts und für eine unbeschränkte Geschäftsfähigkeit für solche Rechtsgeschäfte, welche der Geschäftsbetrieb mit sich bringt, fähig ist, bedarf nach der Art und Weise, wie die Kranke mit Geld umgeht und über Geld verfügt, wie sie überhaupt über ihre von ihr ins Werk gesetzten Geschäfte denkt (cf. die Stelle in ihrem Brief vom 4. Dezember 1899, „so stürze ich mich in noch ganz andere Unternehmungen mit geeigneten Geschäftsleuten, zu Gelde muss ich kommen“), keines Beweises. Es müsste ärztlicherseits dagegen Einspruch erhoben werden, dass dem gesetzlichen Vertreter gestattet wird, eine Ermächtigung dazu zu geben. Aus gleichem Grunde würde man einem Kranken, der mit den Wahnvorstellungen behaftet ist, welche Frau X. zeigt, nicht gestatten, in Dienst oder Arbeit zu treten mit einer Geschäftsfähigkeit für die aus dem Verhältniss sich ergebenden Rechtsgeschäfte.

Der in der Geschäftsfähigkeit Beschränkte kann eine Ehe mit Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters eingehen (§ 1304). Dass Jemand, welcher in einer Weise geistig erkrankt ist, wie dies bei Frau X. der Fall ist, auf keinen Fall eine Ehe eingehen darf, ist selbstverständlich und somit ist auch dieses Vorrecht der Geistesschwäche gegenüber dem Geisteskranken bei der vorliegenden Form von Geisteskrankheit nicht zulässig

Nach § 2253 steht dem Widerruf eines vor der Entmündigung errichteten Testamentes die Entmündigung des Erblassers wegen Geistesschwäche nicht entgegen.

Würde es wohl statthaft sein, der Frau X. ein solches Recht zu lassen, wenn sie selbst über ihr Vermögen zu der Zeit als sie gesund war, in zweckmässiger Weise von Todeswegen verfügt hätte? Auf Grund ihrer unsinnigen Einkäufe, ihres Schuldenmachens und der dadurch selbstverständlich nothwendig gewordenen Beschränkung, welche ihr Ehemann ihr auferlegte, hat sich das Verhältniss zwischen Beiden getrübt, wie es sich auch in dem Schreiben vom 4. Dezbr. 1899 ausdrückt und welches „thörichter G." überschrieben ist.

Eine durch einen Wahn veränderte Sinnesart würde unter Umständen demnach im Stande sein, Handlungen welche mit kluger Vorsicht und Würdigung aller Verhältnisse vollzogen worden sind, zu annulliren.

Wenn Frau X. vor ihrer Entmündigung ein Testament errichtet hätte, würde es nicht zulässig erscheinen, bei der Art ihrer jetzigen Erkrankung ihr das Recht zu geben, das Testament zu widerrufen.

Ich habe in den eben angeführten Thatsachen die wesentlichen und wichtigsten hervorgehoben, welche den geschäftsunfähigen Geisteskranken von dem in der Geschäftsfähigkeit beschränkten Geistesschwachen unterscheiden.

An diesen Beispielen liess sich zeigen, dass die an den Zustand der Frau X. zu knüpfenden rechtlichen Folgen sich nicht decken mit denjenigen, welche das Gesetz den Geistesschwachen zubilligt.

Ich gebe demnach mein Gutachten dahin ab, dass, wenn die in dem Gutachten des Herrn Prof. Y. vom 25. Dzbr. 1899 mitgetheilten Thatsachen in Bezug auf den geistigen Zustand der Frau X. richtig sind, Frau X. im Sinne des B. G. B. nicht an Geistesschwäche, sondern an Geisteskrankheit leidet.

Frau X. wurde vom Amtsgericht für geisteskrank erklärt.

Aus dem Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.

Schwefelkohlenstoffdelirium und Kopftrauma. (Akute Vergiftung).

Von

Dr. Max Edel.

(Schluss.)

Von besonderem Interesse erscheint die Aetiologie der Erkrankung. Dass eine hereditäre Belastung nicht vorlag, ist bereits betont. Laudenheimer konnte eine solche in mindestens 80 Prozent seiner psychischer Fälle konstatiren, obwohl die maniakalischen Fälle relativ weniger Heredität aufwiesen. Für Lues boten weder die anamnestischen Angaben noch die Untersuchung des Patienten Anhaltspunkte. Es könnte aber den Anschein gewinnen, als handle es sich um ein alkoholisches Delirium. Aus der Literatur ist es bereits bekannt, dass einzelne Erscheinungen wie der Tremor nach C_2S Vergiftung ähnlich wie nach Alkoholintoxikation auftreten. So wird nach Kunkel[4]) bei manchen von einer eigenartigen Erhöhung der Muskelerregbarkeit und fibrillären Zuckungen, bei vielen von starkem Zittern der Hände, dem Tremor alcoholicus ähnlich, berichtet. In der That sind in unserem Krankheitsbild gewisse mit einem Alkoholdelirium übereinstimmende Züge vorhanden. Das anfängliche Gefühl der Berauschtheit, der schnelle Verlauf, der leichte Tremor der Zunge, Muskelunruhe des Gesichts, Schlaflosigkeit, Aufregung, starkes Schwitzen, Sinnestäuschungen, Illusionen, Thierhallucinationen (Spinnen-, Käfervisionen), Bewusstseinstrübung, nachherige Euphorie und mangelhafte Erinnerung, alles das passte wohl auch in das Bild eines Säuferdeliriums hinein. Indessen wich doch die ganze Erscheinungsweise der Psychose völlig davon ab. Das Aussehen war kein kongestives, sondern es bestand Blässe, der Foetor alcoholicus fehlte, die typischen massenhaften Sinnestäuschungen, das Sehen von Menschenmengen, die Angst und Verfolgungsideen waren nicht nachweisbar. Dazu kommt der relativ geringe Alkoholgenuss des Kranken, wenn man seinen Angaben und denen der Ehefrau Glauben schenken kann. Von ätiologischer Bedeutung für unsern Fall müssen dagegen zwei Unfälle angesehen werden, die den Arbeiter kurz hintereinander getroffen haben. Zunächst kommt hier zweifellos die toxische Einwirkung des Schwefelkohlenstoffs in Betracht. Hier muss aber eine akute Vergiftung durch den Schwefelkohlenstoff vorliegen. Während es sich in den bisher bekannt gewordenen Fällen in der Regel um eine chronische, mindestens über eine Reihe von Tagen sich erstreckende Giftwirkung mässiger Intensität handelt, ist bei unserm Falle von einer akuten, höchstens einen Tag dauernden Giftwirkung starker Intensität die Rede. Diese war nämlich durch die intensive Berührung mit dem giftigen Stoff bei den Reinigungsarbeiten der Schwefelkohlenstoffpumpe zustande gekommen, welche in Folge einer Betriebsstörung funktionsunfähig geworden war. Der Mann bekam alsbald Kopfschmerzen und fühlte sich wie betrunken, sodass er vom Inspektor an die Luft geschickt wurde. Trotzdem arbeitete er noch bis zum Abend weiter, wonach die ersten Erscheinungen der Geistesstörung ausbrachen. Während bei chronischer Einwirkung des Schwefelkohlenstoffes die Psychose durchschnittlich vier Wochen nach Beginn der Arbeit ausbrach,[5]) schliesst sich hier bei der akuten nur eintägigen Giftwirkung der Ausbruch der Psychose unmittelbar an.

Ueber akute Schwefelkohlenstoffvergiftungen ist noch wenig bekannt. Delpech[6]) theilt drei Fälle mit, die er aber nicht selbst beobachtete und wo es sich um Unvorsichtigkeit von Arbeitern in Gummiwaarenfabriken handelte. Ein Arbeiter, der beim Reinigen eines CS_2haltigen Gefässes durch Zerbrechen desselben die Dämpfe in grosser Menge einathmete, stürzte sofort bewusstlos zusammen; er war kalt und in höchst beunruhigendem Zustande. Nach mehreren Stunden, die er liegend zugebracht hatte, erholte er sich allmählich und wurde nach Hause transportirt. Die andern beiden Fälle sollen ähnlich gewesen sein. Davidson[7]) beschreibt einen geheilten Fall von akuter Vergiftung bei einem Manne, der die zum Reinigen von Pferdegeschirr benutzte Flüssigkeit genommen hatte, Foremann[8]) einen weiteren tödtlichen Fall, in welchem ein Arbeiter in selbstmörderischer Absicht 15 gr CS_2 genommen hatte.

Die schweren akuten Vergiftungsfälle beim Menschen wiesen nach Kunkel[9]) Bewustlossigkeit, komatösen Zustand, Zittern, Kälte und Blässe der Haut auf. Bereits ein Aufenthalt von wenigen Stunden in einer Atmosphäre, die wenige Milligramm CS_2 auf den Liter Luft enthielt, verursachten bei Selbstversuchen am Menschen schwere Störungen des Sensoriums, dumpfe Schwere und Hitze im Kopfe, starke Kongestionen, Schwindelanfälle mit beginnender Bewusstseinstrübung, Angstgefühl und Unfähigkeit zum Denken nach vorausgegangener

---

[4]) L. c. S. 458.

[5]) Laudenheimer l. c. S. 686.

[6]) L. c.

[7]) Medical Times 1878 Bd. II.

[8]) Lancet. July 1886. S. 731.

[9]) L. c. S. 458.

unmotivirter Erheiterung. (Rosenblatt)[10]). Dass unter Umständen auch eine Psychose durch kurz dauernde Einathmung von CS_2 hervorgerufen werden kann, lehrt unser Fall. Soweit wir die Literatur überblicken, ist eine solche Psychose bei akuter Schwefelkohlenstoffintoxikation noch nicht beschrieben worden. Einmalige akute Vergiftungen schienen Laudenheimer stets nur vorübergehende wenn auch schwere Exaltationszustände oder Betäubung, niemals eine länger dauernde Psychose zu machen.[11]) In unserem Falle handelt es sich aber um eine einmalige akute Vergiftung und eine länger dauernde Psychose. Wenn der Arbeiter auch schon vordem hin und wieder vorübergehend in dem betreffenden Betriebe beschäftigt war, so war er doch nie in so innige, anhaltende Berührung mit dem Schwefelkohlenstoff gekommen und hatte vor Ausbruch seiner Psychose schon längere Zeit nicht mehr dort zu thun gehabt. Obwohl er direkt den flüssigen Schwefelkohlenstoff auszuschöpfen hatte, ist es wahrscheinlich, dass die Intoxikation hier wie gewöhnlich durch die Einathmung des verdunstenden CS_2 erfolgt ist.

Damit sind aber die aetiologischen Faktoren nicht erschöpft. Vielmehr kann das Kopftrauma, welches sich der Arbeiter wenige Tage zuvor durch heftigen Anprall gegen ein an der Kellerdecke verlaufendes Rohr zugezogen hatte, nicht unberücksichtigt gelassen werden, obwohl nur eine Beule und kleine Hautabschürfung zurück blieb. Er hatte eine Viertelstunde lang danach heftige Kopfschmerzen. Die Erfahrung lehrt ja, dass eine Kopfverletzung die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen Geistesstörung erzeugende Einwirkungen verringern d. h. eine Prädisposition zu Seelenstörungen erzeugen kann. Unter den besonders gefahrbringenden Kopfverletzungen gilt das Aufprallen des Kopfes auf eine harte Unterlage,[12]) wie es doch hier der Fall war. In diesem Sinne möchten wir denn auch hier das Verhältniss des Kopftraumas zur Schwefelkohlenstoffeinwirkung auffassen. Analog wie bei der Alkoholvergiftung ein Kopftrauma den Ausbruch eines Alkoholdeliriums begünstigt, so dürfte dasselbe in unserem Fall den Boden für das Schwefelkohlenstoffdelirium geebnet haben. Sonst wäre es wohl nicht zu erklären, warum unser Arbeiter nur an den Folgen der Schwefelkohlenstoffintoxikation zu leiden hatte und nicht auch alle andern Männer, welche an derselben Arbeit betheiligt und in gleicher Weise mit dem Schwefelkohlenstoff in Berührung gekommen waren. Bei dem sonst nicht belasteten Individuum ist also, wie wir annehmen müssen, durch die voraufgegangene Kopfverletzung eine Prädisposition zum Ausbruch der Psychose nach Einwirkung des Schwefelkohlenstoffgiftes hervorgerufen worden. Die sonst meist durch eine psychopathische Veranlagung geschaffene Neigung zur Erkrankung an einer Psychose bei chronischer C_2S-Einwirkung (Marandon,[13]) Laudenheimer) wird hier durch eine voraufgehende Kopfverletzung bewirkt.

In hygienischer Beziehung giebt der vorliegende Fall zu folgenden Bemerkungen Veranlassung. Selbst wenn für gewöhnlich die Art der Räume, die Anlage und der Betrieb der Fabrikation, in welcher der Schwefelkohlenstoff zur Anwendung kommt, zu keinen Bedenken Veranlassung geben und sich praktisch bewähren, kann aus einer Betriebsstörung mit einem Male eine Gefahr erwachsen, die voraussichtlich verhütet werden kann. Es ist fraglich, ob in dem betreffenden Fabrikbetriebe auf die Gefährlichkeit des Umgehens mit dem Schwefelkohlenstoff genügend Bedacht genommen ist. Jedenfalls lehrt der Fall, dass eine ausgiebige Grösse und Ventilation auch der Räume eine conditio sine qua non ist, in welchen selbst nur gelegentlich Arbeiten bei Gegenwart von Schwefelkohlenstoff vorgenommen werden müssen. Hier musste die nicht mehr funktionirende Pumpe angeblich in einem kleinen und schlecht ventilirten Raume auseinander genommen, der Schwefelkohlenstoff ausgeschöpft und in einen andern Behälter getragen, schliesslich die Pumpe selbst gereinigt und verpicht werden. Die Eventualität einer nothwendig werdenden Reparatur eines solchen Behälters und damit einer engeren unliebsamen Berührung mit dem Schwefelkohlenstoff muss von vorn herein ins Auge gefasst und dem entsprechend auch für genügend luftige und grosse Räume gesorgt werden, in denen diese Gefässe mit dem gefährlichen Stoff ihre Aufstellung erhalten. Ferner lehrt der Fall, dass ein Mann, der das Arbeiten im Bereich des Schwefelkohlenstoffes schlecht verträgt und sichtliche Anzeichen dafür darbietet, von dem weiteren Dienst dabei unverzüglich befreit werden muss. Hier hat der Arbeiter bereits am Vormittag heftigste Kopfschmerzen empfunden, es war ihm schlecht geworden und er fühlte sich wie betrunken. Er musste deshalb vom Inspektor an die Luft geschickt werden. Trotzdem wurde er bis zum Abend bei demselben Dienst belassen. Dass der Dienst in dem betreffenden Betriebe als gefährlich bekannt war, geht aus der höheren Bezahlung der dort beschäftigten Arbeiter hervor. Es müsste verwundern, wenn eine mehr als 10stündige Arbeitszeit unter solchen Umständen erlaubt wäre und es dürfte eine Herabsetzung der Arbeitszeit dringend erwünscht sein. Auf die nothwendigen hygienischen und sanitären Massnahmen zur Verhütung der Schwefelkohlenstoffintoxikation haben schon eine Reihe von früheren Beobachtern[14]) hingewiesen, deren Initiative z. Th. die Durchführung derselben in einzelnen Distrikten Frankreichs und Deutschlands zu verdanken ist. Nach Laudenheimer[15]) bestehen in Berlin in dieser Beziehung weit ungünstigere hygienische Bedingungen als in Leipzig. Wir würden es als einen schätzenswerthen Erfolg betrachten, wenn auch hier die sanitären und hygienischen Massnahmen in Fabriken mit Schwefelkohlenstoffbetrieb einer Prüfung unterzogen würden, um eine Verhütung von Intoxikationen möglichst zu gewährleisten. Die Thatsache, dass, abgesehen von den französischen und vereinzelten amerikanischen Veröffentlichungen, CS_2-Psychosen in grösserer Anzahl nur aus dem Leipziger Bezirk bekannt geworden sind, kann sich Laudenheimer[2]) nur so erklären, dass bisher gerade die Psychiater ihre Aufmerksamkeit diesem Gegenstande nicht hinreichend zugewendet haben, wobei allerdings in Folge der oft schwierigen Erhebung der Anamnese bei Geisteskranken, deren Aufenthalt in einem Schwefelkohlenstoffbetrieb leicht übersehen werden könne.

Zum Schluss sei noch einmal eine Hervorhebung der Punkte gestattet, welche in dem besprochenen Fall von besonderem Interesse erscheinen.

1. Es handelt sich im Gegensatz zu den bisher bekannten mehr oder weniger chronischen Schwefelkohlenstoffintoxikationen um eine akute Vergiftung durch intensive eintägige Einwirkung des Stoffes.

2. Diese kam gewissermassen durch einen Unfall, nämlich in Folge einer Betriebsstörung der Schwefelkohlenstoffpumpe

[10]) Ueber die Wirkung von CS_2-Dämpfen auf den Menschen. Dissertation. Würzburg 1890. Vergl. Laudenheimer l. c. S. 685.

[11]) L. c. S. 686.

[12]) Schlockow: Der preussische Physikus 1895, Bd. II S. 262.

[13]) Marandon de Montyel. Des troubles intellectuels dans l'intoxication professionelle par le sulfure de carbone. Annal d'hygiène publique et de médecine légale. April 1895.

[14]) Kunkel schreibt: Vor Allem sei auf sorgfältige Ventilation in den Fabrikräumen zu achten, damit der Höchstgehalt von 0,8 mgr. in 1 Liter Luft nicht überschritten werde; bei deutlich ausgebrochenen Erscheinungen sei vor Allem die Aussetzung der Beschäftigung nothwendig. L. c. S. 459.

[15]) L. c. S. 690 u. 691.

zu Stande, mit deren Reinigung der Arbeiter beschäftigt war. Beim Ausschöpfen des Schwefelkohlenstoffes war er genöthigt, die giftigen Dämpfe einzuathmen.

3. Aetiologisch kommt bei dem vorher gesunden und nicht hereditär belasteten Manne ein Kopftrauma in Betracht, welches derselbe sich 2 Tage zuvor durch heftigen Anprall an eine Kellerdeckenröhre zugezogen hatte.

4. Das Kopftrauma hat wahrscheinlich den Boden für die giftige Einwirkung des Schwefelkohlenstoffes geebnet. Analog wie es bei der Alkoholvergiftung den Ausbruch eines Alkoholdeliriums begünstigt, so hat es hier für das Einsetzen eines Schwefelkohlenstoffdeliriums prädisponirend gewirkt.

5. Die Psychose stellte sich als ein akutes hallucinatorisches Delirium mit vorübergehender tobsüchtiger Erregung und Verwirrtheit dar und ging in Genesung aus.

6. Es handelt sich nicht, wie gewöhnlich, um einen Gummiwaarenbetrieb, sondern um eine Palmkernölfabrikation, bei welcher der Schwefelkohlenstoff zum Lösen des Oels aus den Palmkernen verwandt wird.

7. Der Fall lehrt die Nothwendigkeit, auf hygienische und sanitäre Massregeln zur Verhütung von akuten Intoxikationen bei Unfällen in allen Fabrikationsbetrieben zu dringen, in denen der Schwefelkohlenstoff zur Verwendung gelangt. Insbesondere erscheinen grosse Räume und eine gute Ventilation sowie eine angemessene Verkürzung der täglichen Arbeitsdauer in den gefährdeten Betrieben erforderlich. Auch muss auf die Konstitution der in diesen Betrieben beschäftigten Arbeiter, sowie auf ihre individuelle Reaktion gegenüber der Einwirkung des Schwefelkohlenstoffs Rücksicht genommen werden. Bei deutlichen Vergiftungserscheinungen (Unwohlsein, Kopfschmerz, Schwindel, Gefühl der Betrunkenheit) muss sofort die Beschäftigung ausgesetzt werden.

Vergiftungen in Preussen 1897 und 1898.

Von

Dr. Georg Heimann.

Nach den Ermittelungen des Königlich Preussischen Statistischen Büreaus starben im Preussischen Staate in den beiden Jahren 1897 und 1898 316 Personen durch zufällige Vergiftung, während 454 freiwillig ihrem Leben durch Einnehmen fester oder flüssiger Gifte ein Ende machten. Für 397 der genannten Todesfälle lässt sich aus den seitens der Standesbeamten dem genannten Büreau übersandten Sterbekarten die Art des Giftes feststellen. Es war unter

397 Fällen überhaupt	239 zufälligen	158 absichtlichen
	Vergiftungen	
1. Karbolsäure 61	Karbolsäure 39	Karbolsäure 22
2. Phosphor 33	Lauge 21	Phosphor 21
3. Morphium 33	Morphium 16	Cyankali 20
4. Salzsäure 31	Salzsäure 12	Salzsäure 19
5. Schwefelsäure 29	Phosphor 12	Schwefelsäure 18
6. Lauge 24	Schwefelsäure 11	Morphium 17
7. Cyankali 21	Arsenik 7	Sublimat 16
8. Sublimat 21	Opium 6	Arsenik 8
9. Arsenik 15	Chlorsaures Kali 6	Strychnin 8
10. Opium 10	Sublimat 5	Opium 4
11. Strychnin 9	Strychnin 1	Lauge 3
12. Chlorsaures Kali 8	Cyankali 1	Chlorsaures Kali 2 mal.

Karbolsäure ist danach am häufigsten als einwirkendes Gift genannt, während noch Liman in der 7. Auflage seines Handbuches der gerichtlichen Medizin, 1882, diese Vergiftungen zu den selteneren rechnete. Die Zahl der zufälligen Phosphorvergiftungen ist in neuerer Zeit erheblich seltener geworden, während Selbstmörder noch immer mit grosser Vorliebe dies Mittel zur Erreichung ihres bedauerlichen Zieles anwenden. Morphium-, Schwefelsäure- und Salzsäurevergiftungen werden ab- und unabsichtlich in ziemlich gleicher Menge herbeigeführt; die letzteren scheinen häufiger, Arsenikvergiftungen seltener als früher vorzukommen. Lauge, welche ja vielfach zu häuslichen Zwecken Verwendung findet, spielt unter den Verunglückungen, Cyankali, als sicher wirkendes Gift allgemein bekannt und bei der starken Benutzung in der Technik leicht erhältlich, unter den Selbstmorden eine grössere Rolle. Das Gleiche gilt von Sublimat und Strychnin. Von selteneren Vergiftungen sind noch hinzuzufügen solche durch Atropin 4, durch Essigsäure 3, durch Ammoniak, Salmiak, Benzin, Bromoform, Höllensteinlösung je 2, Chloroform, kaustische Soda, Lysol, Nikotin je 1. *)

Durch pflanzliche Gifte kamen 64 Personen ums Leben, und zwar durch Genuss von giftigen Pilzen 41, durch Stechapfel 6, Schierling 4, Bilsenkraut 1, nicht näher bezeichnete Giftpflanzen 12; in Folge Essens von verdorbenem Fleisch, Wurst, Fisch verstarben 17 Personen. Endlich sei der Vollständigkeit halber noch erwähnt, dass 30 Selbstmörder ihrem Leben durch Einathmung giftiger Gase ein Ende machten, während von den tödtlich Verunglückten 156 im Rauche und 453 durch giftige Gase erstickt sind.

Referate.

Chirurgie.

Schusswunde des Kopfes, Durchbohrung des Gehirns. Heilung.

Von David Durran.
(The lancet 14. April 1900.)

Durch einen unglücklichen Zufall war Anfang März 1897 bei den militärischen Uebungen ein Soldat in den Kopf geschossen worden. Er war sofort bewusstlos zu Boden gestürzt. Aus einer Wunde des Kopfes über dem linken Scheitelhöcker floss Blut ab. An den Rändern der Wunde konnte man deutlich Hirnsubstanz erkennen und war mit Hülfe einer Sonde im Stande, in den Schädel durch eine $^3/_8$ Zoll grosse Oeffnung einzugehen. Die Pupillen waren weit und reagirten auf keinen Reiz. Die Pulszahl betrug 50, die Athmung war angestrengt. Eine Ausgangsöffnung wurde nicht aufgefunden. Erst zwei Tage später bemerkte man etwa 2 Zoll über dem rechten Ohr und zwar unter der Schädelhaut einen harten, leicht beweglichen Gegenstand, welcher sich nach Einschneiden und Herausziehen als das zusammengedrückte Geschoss entpuppte. Die Kugel war also durch das linke Scheitelbein hindurchgegangen, dann durch das Gehirn, und hatte das rechte Scheitelbein etwa 2 Zoll oberhalb und etwas hinter dem äusseren Gehörgang durchbohrt. Dann war sie zwischen Schädelhaut und Knochen stecken geblieben. Das Merkwürdige des Falles liegt darin, dass trotz der Schwere der Verletzung nach zwei Monaten allmählich die Genesung wieder eintrat. Diejenige Störung, welche am längsten blieb, war beiderseitige Blindheit mit stark erweiterten Pupillen. Die Temperatur war nur anfangs leicht erhöht, der Puls verlangsamt. Es bestand Unruhe und Schlaflosigkeit während längerer Zeit. Der Arzt welcher den Fall beobachtet und über ihn berichtet hat, konnte jetzt, drei Jahre nach dem Unglücksfall nichts weiter als eine leichte Delle des Schädels

*) An chronischen Vergiftungen (hauptsächlich Blei und Morphium) starben in den preussischen Heilanstalten im Jahre 1897 17 Personen. Vergl. auch G. Heimann, Die in den Heilanstalten Preussens behandelten Vergiftungen, Zeitschr. des Königl. Preuss. Statist. Büreaus 1898, S. 309 ff.

über dem rechten Ohr, d. h. an der Stelle der Ausgangsöffnung wahrnehmen. Der Verletzte sah sehr wohl aus und liess durch nichts erkennen, dass er eine so schwere Gehirnverletzung davongetragen hatte. Franz Meyer-Berlin.

Beitrag zur Fremdkörperextraktion aus dem Gehirn. Ueber einen Fall von gelungener Extraktion einer Kugel, die $2^3/_4$ Jahre im Gehirn lag.

Von Prof. L. L. Lewschin-Moskau.

(Centralblatt für Chirurgie 1900, No. 34.)

Schuss in selbstmörderischer Absicht in die Mitte der Glabella Mai 1897, kein Bewusstseinsverlust, Lähmung der linken Extremitäten. Nach einem Jahre Besserung der Lähmung, jedoch Fortbestehen der von Anfang an vorhandenen, sehr starken Kopfschmerzen. Aufnahme in die Klinik Frühjahr 1900 mit starken Kopfschmerzen rechterseits und Unmöglichkeit, auf der rechten Seite zu liegen. Hemianopsia sinistra. Röntgenaufnahmen lassen schliessen, dass sich die Kugel im linken Hinterhauptlappen befinde, $2^1/_2$ cm von der inneren Schädelfläche entfernt. Operirt wurde März 1900 nach Doyenscher Methode (Menzelscher mechanischer Motor zur Inbetriebsetzung des Bohrers, Einführung der Giglischen Säge mit Grossscher, weicher Metallhohlsonde, welche beim Sägen zum Schutze der weichen Hirnhaut liegen bleibt). Nach Durchschneidung der harten Hirnhaut lässt die Betastung der Hirnoberfläche einen harten Körper in der Tiefe vermuthen. Eine narbige Kapsel, auf welche die durch die Hirnmasse vordringende Sonde in 2 cm Tiefe stiess, musste erst durch Schnitt eröffnet werden, dann wurde mit Leichtigkeit die Kugel extrahirt. Sie zeigte sich fazettirt und mit einigen Knochensplittern, die tief eingetrieben waren, besetzt. Blutung sehr gering. Das angeklappte Knochenstück musste wegen Loslösung von der Knochenhaut entfernt werden. Naht, Glasdrainage, glatter Wundverlauf, Beseitigung der Kopfschmerzen, fortschreitende Besserung der Lähmung.

Seelhorst.

Luxationsfraktur im Atlantooccipitalgelenke.

Von Dr. Philipp Kissinger.

(Centralbl. f. Chir. No. 37.)

Bei der Sektion eines Verunglückten wurde folgender Befund erhoben. Der Kopf ist nach links geneigt, man fühlt auf der rechten Halsseite dicht unter und hinter dem Kieferwinkel einen Knochenvorsprung, auf der linken Seite eine entsprechende Lücke. Vom Mund aus fühlt man deutlich kleine Knochenstücke gegen einander reiben.

Diesem äusseren Befunde entsprach eine Abreissung der Gelenkfläche des rechten Rollhügels des Hinterhauptbeins, eine Ausreissung des Flügelbandes vom linken Rollhügel und eine Verschiebung des Kopfes über dem Atlas nach der Seite. Die sehr starken Flügelbänder waren unversehrt geblieben, die übrigen Bänder zwischen Wirbelsäule und Kopf und die beiden Wirbel-Schlagadern waren zerrissen, das verlängerte Mark an der Brücke völlig abgequetscht. Die Schädelkapsel war ganz geblieben.

Entstanden war die Verletzung nach Ansicht des Verfassers dadurch, dass ein entgleisender Bahnwagen den betr. Arbeiter in die linke Seite traf und mit grosser Gewalt mit dem Kopfe gegen einen Stützbalken schleuderte.

Zur Casuistik der Rückenmarksverletzung durch Wirbelfraktur nebst Beschreibung eines Gehverbandes für Patienten mit Lähmung beider unterer Extremitäten.

Von Dr. H. Lengnick, Volontärassistent der chir. Univ. Klinik zu Königsberg i. Pr. Professor Frhr. v. Eiselsberg.

(Münch. med. Woch. 1900, No. 12.)

Ein 26jähr. Zimmermann war aus einer Höhe von 14 Metern herabgestürzt und im Falle auf einen 7 Meter von der Erde entfernten Balken mit dem Rücken aufgeschlagen. 9 Wochen nach der Verletzung wurde er der Klinik überwiesen mit Totallähmung beider Beine und Lähmung von Blase und Mastdarm. Es wurde eine Ausmeisselung der Wirbelbögen am 11. und 12. Brustwirbel, in deren Bereich die Wirbelsäule noch vorn in stumpfem Winkel geknickt war, vorgenommen und ein auf das Mark drückendes Stück des Bogens des 11. Brustwirbels entfernt. Harte Markhaut und Mark zeigte an dieser Stelle eine quere, gelbliche Narbe. Zur Fixation der Wirbelsäule Gipskorset. Blasen- und Mastdarmfunktion besserten sich, die Lähmung der Beine blieb bestehen. Infolge von Komplikationen, die z. T. nicht von der Verletzung abhängig waren, konnte erst nach fast 8 Monaten damit begonnen werden, den Pat. auf die Beine zu bringen, was mit Hilfe eines Apparates von folgender Konstruktion bewerkstelligt wurde. 2 Eisenschienen, die von den Schultern an bis zu den Fusssohlen reichten, laufen am Rücken parallel, an den Beinen ein wenig auseinandergespreizt, nebeneinander her; sie sind am Rücken durch quere Eisenbänder verbunden, welche vermittels überstehender nach vorn hakenförmig gebogener Enden den Brustkorb seitlich umgreifen. Aehnliche krallenförmige Querstücke sind an jedem Beinstück befestigt und umgreifen von hinten die Ober- und Unterschenkel. Die Füsse stehen auf Sohlen von Eisen, welche im rechten Winkel an die unteren Enden der Schienen festgeschmiedet sind. Die oberen Enden der Rückenstücke der Längsschienen tragen Schultergurte, welche an den 1. Querriegeln befestigt werden. Der Apparat wird, sehr sorgfältig gepolstert, dem Patienten, in Bauchlage desselben, mit Flanellbinden angewickelt. Darauf wird der Patient auf die Füsse gestellt und kann sich, gestützt auf ein Gehbänkchen, aut ebnem Boden fortbewegen.

Ein ähnlicher Apparat wurde auch zum Transport Wirbelverletzter hergestellt. Sein Brust- und Beinteil lässt sich ver mittels Gleitschienen verlängern und verkürzen, auch Verbreiterung und Verschmälerung des Brusttheils ist ermöglicht.

Der obenerwähnte Patient brachte bis zu seiner Entlassung fast 2 Jahre in der Klinik zu. Seelhorst.

Die Mortalität der Extremitätenverletzungen nach der deutschen gewerblichen Unfallstatistik für das Jahr 1897.

Von Dr. C. Kaufmann-Zürich.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1900, No. 17.)

Bei einem Vergleiche der Zahl tötlich an den Gliedmassen verletzter Personen aus dem Jahre 1887 (vor Inkrafttreten der staatlichen Unfallversicherung) mit der Zahl derselben aus dem Jahre 1897 zeigt sich ein Sinken der allgemeinen Mortalität bei den Armverletzungen um zwei Drittel und bei den Beinverletzungen um etwas mehr als die Hälfte, und zwar einzig und allein dank dem von der Unfallversicherung eingeleiteten sachgemässen und leistungsfähigen Heilverfahren.

Seelhorst.

Zur Behandlung der Frakturen der unteren Extremität.

Von Dr. Ferd. Schultze.

(Zeitschrift f. orthop. Chirurgie, VII. Bd., 273. Heft, 1899.)

Die immer wieder vorkommenden Misserfolge bei der Behandlung der Beinbrüche mittelst Extension haben S. veranlasst, ein Verfahren in Anwendung zu bringen, welches die Extension mit dem Kontentivverbande vereinigt.

Es handelt sich im Wesentlichen um einen Gipsverband der ganzen unteren Extremität, welcher durch Autoextension wirkt und dessen Druckpunkte oben am Tuber ischii, unten auf dem Dorsum pedis sich befinden.

Durch seine Methode glaubt S. zu erreichen dass: 1. die denkbar geringste Verkürzung, 2. eine der Norm nahekommende

Stellung der Fragmente, 3. eine permanente Retention stattfindet.

Zur Anlage des Verbandes bedient er sich eines besonderen Tisches, welcher gleichzeitig zu den verschiedensten orthopaedischen Zwecken brauchbar sein soll.

Derselbe besteht aus einem feststehenden Kopf- und Fussstück, während das Mittelstück abklappbar ist. Auf dem Fussstück ist ein Kreissegment montirt, in dem eine Schranke läuft. In der Mitte des Tisches befindet sich eine Doppelschraube, welche mit 2 senkrecht stehenden Wangen armirt ist, um das Becken aufzunehmen.

Zuerst wird ein Streckverband in der gewöhnlichen Weise mit Segeltuchheftpflaster oder Heusnermasse angelegt, dann wird die ganze Extremität mit einer gewöhnlichen Gazebinde eingewickelt.

Hierauf wird die Gipshose in geringer Abduktionsstellung angelegt, wodurch das Becken festgelegt wird und jede spätere Senkung desselben bei der Extension ausgeschlossen ist. Sehr wichtig ist eine gute Polsterung am Tuber ischii. S. erreicht sie dadurch, dass er sechs taubeneigrosse Bälle in einem Trikot nebeneinander durch einige Nadelstiche festlegt und genau in der Analfalte eingipst. Auf der Vorderseite verstärkt er den Verband durch Einlage eines Stuhlgeflechtes nach Heusner. Ausserdem werden zwei breite Matratzengurte eingegipst, deren Enden nach dem Rücken hin konvergiren und sich dort zu einem Gurte vereinigen. Der Gurt wird dann am Kopfende des Tisches befestigt und die Gipshose fest an das Tuber ischii angedrückt. Dann wird die Schraube auf dem Kreissegment des Fussendes mit dem Extensionsverband in Verbindung gebracht und angezogen. Wenn sich die Gipshose gut angezogen hat, wird die Extension für einen Augenblick unterbrochen und dann das Becken vermittelst der Beckenschraube festgelegt. Dann zieht man die Fussschraube wieder an, bis die Verkürzung ausgeglichen ist.

Endlich wird der Fussrücken mit einem Filzpolster versehen und die Gipshose zu einem Gipsverband des ganzen verletzten Beines vervollständigt. Nachdem der Gipsverband vollkommen erhärtet ist, wird erst mit der Extension nachgelassen. Mit der Anlage eines solchen Verbandes ist der Fall erledigt.

Schultze wendet diese Methode bei allen Brüchen des Oberschenkels und den Brüchen des Unterschenkels bis zum unteren Dritttheil an.

Wenn der von S. beschriebene Tisch nicht zur Stelle ist, so kann man sich nach seinen Angaben denselben folgendermassen improvisiren.

Am Kopf- resp. Fussende eines Tisches werden 2 Gasrohre als Wellen befestigt. Die Beckenschraube wird durch eine Serie von Holzkeilen mit der nötigen Polsterung ersetzt. Um dann die Vervollständigung des Gipsverbandes zu erreichen, wird der ganze Oberkörper durch Unterschieben von Kissen höher gelagert.

Nach 4—6 Wochen wird der Verband entfernt. Sch. glaubt, dass die grossen Verkürzungen von 3—5 cm auf diese Weise mit Sicherheit vermieden werden, den Beweis dafür hat er aber in seiner Arbeit nicht erbracht. Stabel.

Ueber die Actinomycose der Haut.

Von Dr. Victor Lieblein.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie von von Bruns Bd. 27. Heft 3., S. 766.)

Lieblein will zur primären Hautactinomycose nur rechnen die Fälle, bei denen die Infektion durch eine Verletzung der äusseren Haut sicher nachgewiesen ist und ferner die Fälle bei denen sich zwar dieser Infektionsmodus nicht direkt nachweisen lässt, jedoch per exclusionem anzunehmen ist, da eine andere Möglichkeit der Infektion nicht vorliegt (kryptogenetische Form). Zu den 12 Fällen, die Illich gesammelt hatte, konnte Lieblein nur 8 später publizirte einwandsfreie Fälle hinzufügen, während er über 3 neue Fälle aus Wölflers Klinik berichtet. Im ersten Falle handelt es sich um eine primäre Actinomycose der Haut der grossen Schamlippe, an welcher Stelle das Vorkommen der Krankheit noch nicht beschrieben ist. Der zweite Fall betraf die Haut der Fusssohle und No. 3 die des Gesichtes. — Von diesen 23 Fällen sicherer primärer Hautactinomycose waren 16 Männer und 7 Weiber. In 11 Fällen entwickelte sich die Erkrankung im Anschlusse an eine sicher konstatirte Verletzung und zwar je einmal nach Einreissen eines Holzsplitters in die Hand und nach einem Schlag mit einem Stück Holz ins Gesicht, 2 mal nach Verletzung mit einer Grane, 1 mal war eine Operationswunde die Eingangspforte, in den 6 restirenden Fällen waren andere Verletzungen für die Infektion verantwortlich zu machen. Die Gesichtshaut war 5 mal die Nackenhaut 1 mal, die obere Extremität 6 mal, die Haut des Rückens 1 mal, je einmal die Haut der Brust und der grossen Schamlippen, 8 mal die untere Extremität befallen. Die Hautactinomycose kann unter verschiedenen klinischen Bildern erscheinen, Gewicht zu legen ist auf das häufige Vorhandensein eines starren, derben Infiltrates, ob es zu Ulcerationen oder zu Lupus ähnlichen Knötchen kommt, kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Eine Betheiligung der regionären Lymphdrüsen scheint äusserst selten — vielleicht durch Mischinfektionen bedingt — vorzukommen. Der Verlauf kann akut oder chronisch sein. Die Prognose ist günstig, da der Herd leicht zugänglich und zu entfernen ist. G.

Innere Medizin.

Bericht über die Thätigkeit der Abtheilung zur Heilung und Erforschung der Tollwuth am Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin im Jahre 1899.

Von Dr. Marx-Frankfurt a. M.

(Klinisches Jahrbuch. 7. Band, 4. Heft. 1900.)

Der vorliegende Bericht kann das erfreuliche Resultat verzeichnen, dass bei nur 0,27 Prozent die Schutzimpfung erfolglos gewesen ist. Im Jahre 1898 unterzogen sich insgesammt 137 Personen der Schutzimpfung; alle blieben, wie nach nunmehr mindestens einjähriger Beobachtungszeit festgestellt werden kann, gesund. —y.

Ueber die Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während des Jahres 1899.

Von Prof. Dr. M. Kirchner-Berlin.

(Klinisches Jahrbuch. 7. Band, 4. Heft. 1900.)

Eine statistische Arbeit, deren Inhalt sich aus der Ueberschrift ergiebt. Im Einzelnen seien folgende Daten hervorgehoben: Innerhalb der letzten neun Jahre sind in Preussen 1207 Personen von tollen, bezw. tollwuthverdächtigen Thieren gebissen worden. Von diesen sind 37 = 3,07 Prozent derselben an Tollwuth gestorben. Nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre starben von 104 nicht ärztlich Behandelten 7 = 6,7 Prozent, von 297 ärztlich Behandelten, aber nicht geimpften Verletzten 9 = 3,0 Prozent, von 315 Geimpften dagegen ein einziger, ein glänzender Beweis für die Schutzkraft des Pasteur'schen Verfahrens, der nicht rühmend genug hervorgehoben werden kann. Die grössten Zahlen von Bissverletzungen kamen im Berichtsjahr in den Monaten Mai und August, die geringste Anzahl im Oktober vor. —y.

Zur Feststellung des Skleroms in Ostpreussen.

Von Privat-Dozent Dr. Gerber-Königsberg.
(Deutsche Medizin. Wochenschr. 1900. No. 35.)

Als Hauptpunkte zur Feststellung des Skleroms bei der kürzlich angeregten Enquête (s. vor. Nummer) nennt Gerber die folgenden:

1. Veränderungen der äusseren Nase, die den entsprechenden Verdacht erwecken würden, fehlen oft völlig.

2. Die Nasenverstopfung, mit der die Krankheit am Häufigsten beginnt, erklärt sich meist durch die vorzunehmende rhinoskopische Untersuchung: Dicke, starre, mehr oder minder höckrige Schleimhautschwellungen, vom Septum, wie von den Muscheln ausgehend, verlegen die Nase früher oder später ganz.

3. Nicht immer aber zeigt die Nase schon von vorne her typische Veränderungen; oft findet man solche erst bei der hinteren Rhinoskopie: Verengerung der Choanen durch Verdickung des Septum und seitliche Schleimhautwülste.

4. Sehr oft ist auch der der direkten Besichtigung zugängige Theil des Rachens ganz normal; in anderen Fällen sind auch hier Verdickungen, Verziehungen und Verwachsungen an Segel und hinterer Rachenwand zu konstatiren.

5. Früher oder später — meist in sehr chronischem Verlaufe — wird auch der Kehlkopf in Mitleidenschaft gezogen, und entsteht eine Verengerung zumeist durch Schwellungen unter der Stimmritze. Es können die Wucherungen aber auch oberhalb der Stimmritze sitzen.

6. Die Sekretverhältnisse können dabei normal sein, in anderen Fällen bildet sich in der Nase, oft auch in der Luftröhre das Bild der Ozaena, beziehungsweise „Ozaena trachealis“ heraus.

7. Charakteristisch ist, abgesehen vom allerersten Anfang, die Derbheit und Rigidität der Wucherungen und die Abwesenheit von Geschwüren es seien denn sekundär hinzukommende oberflächliche Erosionen.

8. Schliesslich bleibt die mikroskopische Untersuchung, bei welcher die Mikulicz'schen Zellen und die Frisch'schen Bazillen ausschlaggebend sind.

Ueber Protozoen-Enteritis.

Von H. Quincke.

Ueber einen Fall von Infusorien-Diarrhoe.

Von Dr. H. Salomon.
(Berl. Klin. Woch. 1899, No. 46, 47.)

Quincke ist der Meinung, dass Parasiten aus der untersten Klasse des Thierreichs speziell in Schleswig-Holstein nicht so selten Störungen im Magendarmkanal verursachen. Nach seinen Beobachtungen kommen folgende Formen in Betracht: Trichomonas intestinalis, Cercomonas hominis, Megastoma entericum, Coccidien, Balantidium coli und Amoeba coli. Die ersteren beiden Formen sind von früher her als Erzeuger von Durchfällen bekannt, welche an und für sich wenig kennzeichnend sind. Das Megastoma wird gelegentlich gefunden, ohne dass man berechtigt wäre, ihm die Rolle des Krankheitserzeugers zuzuschreiben. Jedoch hat Salomon in dem von ihm veröffentlichten Falle solche Massen einer dem Megastoma ausserordentlich ähnlichen Art im Stuhlgang eines Darmkranken gefunden, dass hier die ursächliche Bedeutung dieser Infusorien nicht wohl bezweifelt werden kann. Bei Balantidium und Amoeba ist das Krankheitsbild schärfer umschrieben. Anfangs scheint nur ein einfacher Dickdarmkatarrh mit schleimigen Entleerungen zu bestehen. Dann aber bilden sich Geschwüre durch Gewebstod, für deren weiteren Verlauf wahrscheinlich die Einwirkung von Darmbakterien wesentlich ist. Blut mischt sich den oft bestimmten Tageszeiten besonders häufigen und mit krampfartigem Schmerz einhergehenden Entleerungen bei; der Darm ist schlaff, und sein Inhalt wird trotz des häufigen Stuhlgangs nur unvollkommen entleert. Die Geschwüre können durch Aufnahme von Fäulnissprodukten ins Blut, durch Ueberschwemmung des Kreislaufs mit septischen Pilzen, durch Ausbildung eitriger Bauchfellentzündung zum Tode führen.

Von Amöben-Darmentzündung theilt Q. vier neue Beobachtungen mit. Zweimal erschien die Krankheit unter dem Bilde einer hartnäckigen Diarrhoe, einmal wurde klinisch Tuberkulose der Lungen und des Darms vermuthet, erst die Sektion ergab den wirklichen Sachverhalt; im letzten Fall kam die Kranke erst zur Beobachtung, als sie in Folge eines nachträglich eingetretenen Lungenleidens dem Tode nahe war, es fanden sich an der Leiche ausser Darmgeschwüren brandige Herde in der linken Lunge, an der Zunge und den Stimmbändern.

Wie und woher die Darmparasiten aus der Klasse der Protozoen in den menschlichen Körper gelangen, ist wenig erforscht. Balantidium kann vom Schwein aus übertragen sein, die Geisselthiere kommen bei Schwein, Schaf, Mäusen u. s. w. vor, können also mit verunreinigten Nahrungsmitteln in den Körper gelangen, eine Amoebe (a. coli felis) findet sich bei Katzen. Verunreinigtes Wasser hat in einzelnen Fällen sicher den Vermittler abgegeben. Man wird erwarten müssen, dass all diese Wesen, die sonst sehr empfindlich sind, nur in eingekapseltem (encystirtem) Zustande den Magen lebendig passiren.

Zu beseitigen sind am leichtesten die Geisselthiere, schwerer Balantidium, am schwersten die Amoeben, wenigstens in chronischen Fällen. Hier gelang Q. die Heilung nur einmal, während frische Fälle sehr wohl heilbar sind. Das Hauptmittel ist Entleerung des Darmkanals. Als Gift für die Parasiten ist hauptsächlich Calomel in grosser Gabe wirksam, gegen Balantidium auch Chinin. Grosse Klystire sind wichtig.

Um rechtzeitig die Krankheitsart zu erkennen, ist vor allen Dingen der Darminhalt auf die Thiere zu untersuchen. Freilich muss derselbe möglichst rasch nach der Entnahme untersucht werden, da die Thierchen leicht vergänglich sind. Auch sind diese wegen ihrer Blässe nicht leicht erkennbar. Unter ihnen sind am wenigsten schwer die lebhaft bewegten Geisselthiere und das grosse bewegliche Balantidium zu finden, recht schwer oft die Amoeben, deren langsame Bewegung oft ganz stockt. Cystenformen der Amoeben und Coccidien erkennt man nur an ihrer Menge und Gleichförmigkeit und einem eigenthümlich grünlichen Glanz. Farbstoffe nehmen die Urthiere nicht in nennenswerthem Masse an.

Ein eigenartiger Fall von Azoospermie.

Von Prof. Kehrer in Heidelberg.
(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 36.)

Ein seit 1893 verheiratheter Mann hat 1880 einen sehr langwierigen Tripper, dann eine linksseitige Hodenentzündung, auf Grund derer der Hode operativ beseitigt wurde, dann einen Schanker mit beiderseitiger Drüseneiterung durchgemacht. In der Ehe werden ihm drei Kinder geboren, die er für die seinigen hält, bis er von seiner Frau selbst erfährt, dass sie von einem andern Manne gezeugt sind. Der Ehemann, dessen Beischlaffähigkeit völlig ungestört ist, lässt nunmehr seine Samenflüssigkeit untersuchen — Samenthierchen fehlen durchaus. Nach der Geschichtserzählung haben sie sicher zur Zeit der Eheschliessung auch schon gefehlt. Dies bildet die Grundlage einer Scheidungsklage.

Der Erfolg der Klage wird der sein, dass die Frau des Ehebruchs überführt erachtet wird — die Kinder werden dem Manne zugesprochen werden, welcher in Unkenntniss der Verhältnisse versäumt hat, innerhalb Jahresfrist die Vaterschaf

zu bestreiten. (Verf. bezieht sich hier auf § 1594 des Bürgerlichen Gesetzbuches, offenbar ein Lapsus, da das jüngste Kind bereits vor Einführung des ersteren geboren ist.) Der Mann wird also von Rechts wegen drei fremde Kinder ernähren und erziehen müssen.

Das ist die eine interessante Seite des Falles. Sie stellt mehr ein Curiosum dar. Von desto umfassenderer Bedeutung ist die andere Erörterung, die K. an den Fall knüpft. Sie richtet sich gegen die weitverbreitete blödsinnige Anschauung, dass der Tripper eine harmlose „Kinderkrankheit" ist. Unsere ärztliche Pflicht ist es, an der Ausrottung dieser Anschauung zu arbeiten. Männer, die eine verschleppte Gonorrhoe und Hodenentzündung durchgemacht haben, sollten nicht heirathen, ohne sich durch ärztliche Untersuchung ihrer Zeugungsfähigkeit versichert zu haben.

Eine schwere Gefahr ungeeigneter Tripperspritzen.

(Münch. med. Woch. 1900, No. 12.

Dieser Artikel, der ohne Angabe des Autors von der M. M. W. gebracht wird, sollte statt obiger die Ueberschrift tragen: schwere Gefahr bei falscher Anwendung der Tripperspritze. Ein 21jähr. Patient hatte die Mündung der Spritze mit eichelförmigem Ansatz statt in die Harnröhrenöffnung nur in die Vorhautöffnung geführt und sich dabei in einem der wenigen Fälle, wo die Einspritzung von ihm als „gelungen" erachtet wurde, die Vorhautabsonderungen mit sämtlichen darin enthaltenen Zersetzungsprodukten in die Harnröhre weit hinaufbefördert. Es folgte eine schwere Nebenhodenentzündung und Zellgewebsentzündung des die Vorsteherdrüse umgebenden Gewebes und dieser Drüse selbst, wobei es zu Abscessbildung am Damm und Fistelbildung zwischen Mastdarm und Harnröhre kam. Im 7. Monat der Erkrankung operative Eröffnung dieses Abscesses und breite Zugänglichmachung der Zerfallshöhlen. Im 9. Monat erst Heilung mit ungestörter Funktion von Harnröhre und Mastdarm.

Seelhorst.

Neurologie und Psychiatrie.

Geisteskranke und Pflegschaft.

Von San. Rath Dr. Kornfeld-Grottkau
(Dtsch. Jur. Ztg. 1900 No. 12.)
und von Geh. Ober-Justizrath Harnier-Berlin.
(Dtsch. Jur. Ztg. No. 15.)

Kornfeld meint den Pflegschaftsparagraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches (1910) so auslegen zu müssen, dass eine Pflegschaft bei Geisteskranken, mit denen eine Verständigung wegen der geistigen Störung unmöglich ist, nicht statthaben kann. Er stützt sich auf folgende Erwägungen.

Wenn die geistige Störung so erheblich ist, dass sie eine Verständigung unmöglich macht, so ist der betr. Kranke geschäftsunfähig und seine Einwilligung würde rechtlich so wie so keine Bedeutung haben. Dadurch, dass der Gesetzgeber die geistigen Gebrechen in einem Satze mit denjenigen körperlichen Gebrechen nennt, welche nur die Besorgung eines Teils der Angelegenheiten des Gebrechlichen hindert, hat er deutlich gezeigt, dass auch bei geistig nicht Vollwerthigen die Pflegschaft nur dann eingeleitet werden soll, wenn sie eben nur theilweise geschäftsunfähig sind. Dies stimmt mit dem volksmässigen Gebrauche des Wortes „gebrechlich", der für eigentlich Kranke nicht zur Anwendung kommt, überein. Aus § 1920 (Eine nach § 1910 angeordnete Pflegschaft ist aufzuheben, wenn der Grund für die Anordnung der Pflegschaft weggefallen ist), folgert K., dass jeder Geisteskranke seine Einwilligung zur Pflegschaft alsbald widerrufen könnte. (? Ref.)

Nach alledem ist Kornfeld überzeugt, dass die Pflegschaft nicht mehr wie früher bei typischen geschäftsunfähigen Geisteskranken anwendbar ist, sondern dass bei diesen künftig von Fall zu Fall die Geschäftsunfähigkeit festzustellen sein wird.

Weiter folgert K. aus § 1910, dass die Geisteskranken, die ohne ihre Einwilligung vor dem 1. Januar 1900 unter Pflegschaft gestellt wurden, von Rechtswegen nicht mehr unter Pflegschaft stehen dürfen. Er vermisst diesbezügliche Bestimmungen im Einführungsgesetz.

Die Ausführungen K.'s werden von Harnier nachdrücklich bekämpft. H. geht darauf zurück, dass die Entmündigung Geisteskranker oder Geistesschwacher nach dem Wortlaut des Gesetzes nur erfolgen kann, nicht aber erfolgen muss. Zwar hat beispielsweise in Preussen eine Justizministerial-Verfügung die Staatsanwälte angewiesen, dafür zu sorgen, dass die der Fürsorge bedürftigen Geisteskranken oder -schwachen stets entmündigt werden. Aber unter Umständen ist die Stellung eines an sich begründeten Entmündigungsantrags unzweckmässig, z. B. bei Aussicht auf baldige Heilung. Wenn nun bei einem solchen Menschen die baldige Ordnung einer Rechtsangelegenheit nothwendig wird, greift § 1910 Absatz 2 ein. Die Ansicht, dass der Wortlaut des Paragraphen nöthigt, die Geisteskranken, welche keine ihrer Angelegenheiten zu besorgen vermögen, von der Anwendung der Pflegschaft auszuschliessen, theilt H. nicht. Das Gericht braucht nicht danach zu fragen, ob der Kranke, theoretisch betrachtet, völlig geschäftsunfähig ist, sondern nur danach, ob sich das praktische Bedürfniss der Fürsorge auf einzelne Angelegenheiten, bezw. einen bestimmten Kreis von solchen beschränkt. Diesen Standpunkt hat bereits im Januar dieses Jahres das Kammergericht einer Entscheidung zu Grunde gelegt. [Dieselbe Auffassung vertritt A. Leppmann, die Pflegschaft des Bürgerl. Gesetzbuches in der Praxis (Aerztl. Sachverst. Ztg. 1900, No. 11)]

Besonders hervorheben möchten wir die Entgegnung Harniers auf Kornfelds Befürchtung, dass ein Geisteskranker, dessen Einwilligung zur Pflegschaft erhalten wäre, dieselbe sofort widerrufen und dadurch ungültig machen würde. Hier sagt nämlich Harnier: Es kommt garnicht darauf an, dass Jemand die äusserliche Fähigkeit hat, sich mit Andern zu verständigen, sondern seine Verständigungsfähigkeit muss rechtlich bedeutsam sein. Wenn aber Einer so geisteskrank ist, dass man ihn für geschäftsunfähig ansehen muss, so ist sowohl seine Einwilligung als sein Widerruf rechtlich bedeutungslos und es findet auf ihn Absatz 3, welcher von der Unmöglichkeit der Verständigung handelt, Anwendung.

Unbegründet sind endlich die Zweifel K.'s betreffs der noch aus früherer Zeit ohne ihre Einwilligung unter Pflegschaft stehenden Kranken. Die Lücke im Einführungsgesetz, welche K. aufgefallen ist, besteht garnicht, denn Artikel 210 desselben handelt ausführlich von den beregten Verhältnissen. Im Zweifelsfalle hat der Vormundschaftsrichter jedesmal zu prüfen, ob mit dem bisher unter Pflegschaft Stehenden eine Verständigung im Rechtssinne möglich ist oder nicht. Ist das erstere der Fall, so muss die Pflegschaft aufgehoben werden, sobald der bisher unter ihr Stehende es verlangt.

Die Todesursachen der Geisteskranken.

Von Dr. Georg Heimann-Berlin.
(Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. 57, 4. Heft, 1900.)

Nicht nur bei körperlichen Krankheiten, sondern auch bei der Behandlung von geistigen Störungen ist die Frage nach der Gefährdung des Lebens eine praktisch oft wichtige. Ein

für die Prognose sehr werthvolles und reichhaltiges Material liefern in dieser Beziehung die tabellarischen Zusammenstellungen der Königlich preussischen statistischen Bureaus, welche nach den auf Zählkarten eingehenden Mittheilungen aus den Irrenanstalten des preussischen Staates bearbeitet werden. Verf. giebt einige Zahlen aus diesen wieder und zieht daraus Schlüsse, welche Interesse verdienen. Zunächst wird die Thatsache betont, dass die Mortalitätsziffer in den letzten Jahrzehnten gesunken ist. Das liegt zum Theil mit der Abnahme der Sterblichkeit in der Bevölkerung überhaupt zusammen, zum grösseren Theil ist der Rückgang aber wohl damit zu erklären, dass jetzt viel öfter als früher das Leben in geringerem Grade gefährdende Fälle von Geisteskrankheit, die vordem so gut es ging in der Häuslichkeit behandelt wurden, Gegenstand der Anstaltspflege werden. Damit hängt auch die irrthümliche Annahme zusammen, als ob die Geisteskrankheiten sehr zunähmen; die Vermehrung kann als eine erhebliche nur bei Betrachtung der absoluten Zahlen bezeichnet werden, nicht aber bei Berücksichtigung des Anwachsens der Bevölkerung und der anderen in Betracht kommenden äusseren Umstände. Was die einzelnen Formen der Geistesstörung betrifft, so lässt sich für die Paralyse, die epileptische Seelenstörung sowie die Imbecillität und Idiotie ein stetiges Anwachsen des Antheiles, welchen die betreffenden Krankheitsarten an der Vermehrung der Anstaltsinsassen haben, feststellen; für das Delirium potatorum folgte der anfänglichen Zunahme in den letzten Jahren eine beachtenswerthe Abnahme. Auch die Aufnahmen wegen einfacher Seelenstörung sind seltener geworden. Immerhin litten an dieser Form fast die Hälfte der Männer und fast drei Viertel der Frauen, während an Paralyse fast ein Fünftel der Männer, von den Frauen dagegen ein fast dreimal geringerer Prozentsatz litten. Die epileptische Seelenstörung hat im Verhältniss ebenso wie die Imbecillität nur einen wenig höheren Antheil an den Geistesstörungen männlicher, als an denen weiblicher Personen. Was den Ausgang der Erkrankungen anbetrifft, so starben von 100 verpflegten Männern 8,4, von Frauen nur 6,5 Prozent. Der Unterschied erklärt sich wohl damit, dass die Paralyse, welche das Leben in hohem Maasse bedroht, bei Männern weit häufiger ist. Fast die Hälfte der Anstaltsinsassen ging innerhalb des ersten Jahres mit dem Tode ab; die Säufer starben fast ausnahmlos in den ersten drei Monaten, von den Paralytikern wurde ein Drittel 3 bis 12 Monate lang behandelt ein zweites Drittel 1 bis 5 Jahr, länger nur ganz wenige. Ueber ein Viertel der gesammten gestorbenen Geisteskranken ging an Paralyse, Epilepsie und Erkrankungen des Gehirnes zu Grunde. Ein sehr hoher Prozentsatz starb an Lungenaffektionen, insbesondere Tuberkulose (16,6 Prozent); ein beträchtlicher Theil litt an Herzerkrankungen. Gegenüber diesen beiden Todesursachen treten die übrigen weit zurück. —y.

Schädliche Suggestionen bei Unfallkranken.

Von Dr. W. Seiffer, Assistent der Nervenklinik der Kgl. Charité.
(Berl. Klin. Wochenschr. 1900, No. 37.)

Es ist nichts Neues, was Seiffer sagt, am Wenigsten für denjenigen, der öfters Unfallneurosen zu begutachten hat. Aber deswegen ist die vorliegende Veröffentlichung doch keineswegs etwas Ueberflüssiges; denn die Wahrheit, die sie enthält, wird unter den Fachgenossen besser festen Fuss fassen, wenn sie von Zeit zu Zeit wieder mit neuen schlagenden Beweisen belegt wird.

Der Unfallverletzte legt die Worte des Arztes, der ihn zuerst untersucht und behandelt, auf die Goldwage. Er klammert sich möglicherweise an ein einzelnes Wort. Der Ausspruch einer ungünstigen Prognose macht tiefen Eindruck auf ihn. Und indem die Worte des ersten Arztes in der Seele des Verletzten nachwirken, üben sie eine Suggestion aus, die unter Umständen das Schädlichste an dem ganzen Unfall ist. In kurzer Zeit hat Verfasser allein sieben solche Fälle erlebt. Z. B. blieb bei einem Arbeiter nach einer Oberarmverrenkung eine Schwäche des Armes zurück. Zwei Aerzte sagten aus, es liege eine unheilbare Lähmung vor. Der Effekt war nach völliger Heilung der organischen Störung eine ebenso völlige hysterische Lähmung des Armes. Aehnlicher Art sind die anderen Fälle, bei denen wohl zum Theil die ärztlichen Aussprüche von den Verletzten missverstanden worden sind.

Der Arzt soll also dem Verletzten gegenüber und auch in seinem Gutachten recht vorsichtig sein und die Vorhersage nicht zu ängstlich, eher etwas zu günstig stellen. Dem Kranken kann damit nur genützt werden.

Bedauerlich ist auch, dass die Verletzten alle Gutachten zu lesen bekommen. Das wirkt auf Leute mit unfestem Nervensystem gerade so ungünstig wie die Lektüre medizinischer Werke.

Ueber Psychosen bei Chorea.

Von Prof. v. Krafft-Ebing.
(Wien. klin. Rundschau No. 30, 1900.)

Zu den noch recht ungeklärten Fragen im Grenzgebiete der Psychiatrie und der Neuropathologie gehören die nach dem Vorkommen und der Bedeutung psychischer Störungen bei Chorea. Verf. hat in der vorliegenden Arbeit nur die Chorea Sydenhami im Auge. Versucht man, die bei dieser Krankheit vorkommenden psychischen Störungen übersichtlich zu ordnen, so ergeben sich nach Verf. folgende Arten: a) Elementare psychische Störungen. Diese fehlen wohl in keinem Falle von Chorea gänzlich, sind zum Theil auf neuropathische Konstitution und auf den psychisch irritirenden Einfluss der Choreabewegungen, theils auf direkte Reiz- und Erregungsvorgänge in der erkrankten Hirnrinde zurückzuführen, wohl auch im Verlauf durch Schlaflosigkeit, mangelhafte Ernährung, Fieber und organische begleitende oder vorausgehende Erkrankung (Polyarthritis, Endocarditis) erklärbar. Diese elementaren psychischen Störungen bestehen in Emotivität, Reizbarkeit, launischem Wesen, Schreckhaftigkeit, flüchtigen Hallucinationen des Gesichtssinnes, schreckhaften Träumen. b) Flüchtige und leichte Fieberdelirien. c) Im Verlaufe nicht selten auftretende psychische Erschöpfungserscheinungen auf neurasthenischer Grundlage in Gestalt von Vergesslichkeit, erschwertem Denken, Zerstreutheit, Apathie, Andeutung von Incohärenz bis zu Inanitionsdelirien auf Grund von Schlaflosigkeit, übermässiger Bewegungsleistung, mangelhafter Nahrungsaufnahme, Fieber, Organerkrankung. d) Psychosen im engeren Sinne, als dem Choreabild koordinirte, aus gleicher infektiöser Quelle entstehende psychische Erkrankungen unter dem Bild der einfachen oder hallucinatorischen Verwirrtheit bis zu Stupor- und Demenzbildern. Ausser diesen mit der Choreaerkrankung mehr oder weniger innig verbundenen, krankhaften, psychischen Erscheinungen sind endlich e) komplizirende Psychosen anzunehmen, entweder bei psychogener Chorea aus demselben psychischen Trauma heraus entstanden oder auch ganz selbständig in ihrer Aetiologie. —y.

Ueber Gehirnabscesse.

Von Dr. A. Westphal-Berlin.
(Arch. f. Psych. Bd. 33, Heft 1.)

Verfasser bereichert die Kasuistik durch die Mittheilung von drei Fällen, die in ihrem klinischen Verlauf beachtenswerthe Besonderheiten zeigten.

Bei einer Frau war zur Entfernung von Nachgeburtsresten nach einer Fehlgeburt zu Hause die Auskratzung vorgenommen

worden. Im Anschluss daran hatte sich eine Entzündung des Beckenbindegewebes gebildet, die mit hohem Fieber und Schüttelfrösten einherging. Noch nicht zwei Monate nach der Auskratzung bekam die Frau einen fallsuchtähnlichen Anfall, ihm folgte eine Sprachstörung und heftiger Kopfschmerz. Schon damals konnte Stauungspapille festgestellt werden. Ungefähr nach weiteren vier Wochen trat eine rechtsseitige Lähmung ein, an der sich die Gliedmassen, die mimischen Gesichtsmuskeln und der Augenlidheber betheiligten. Die Kranke erschien benommen und leicht verwirrt. Die beiden rechten Netzhauthälften fielen beim Sehakt aus. Während in der Folgezeit die Lähmung der Gliedmassen zeitweise nahezu verschwand, blieb die halbseitige Sehlähmung unverändert. Aus dem Verlaufe ist noch hervorzuheben, dass die Kranke nie fieberte, und dass nach einer Punktion des Rückenmarkskanals die Stauungspapille völlig verschwand. Bemerkenswerth war das Auftreten beiderseitiger akuter Mittelohreiterungen, die hier nicht als Ausgangspunkt des Gehirnabscesses, sondern ebenso wie letzterer als Zeichen einer Eitervergiftung von der Unterleibsentzündung aus betrachtet werden müssen. Bei der Sektion fand sich der Abscess, wie nach der Sehstörung zu erwarten war, im Hinterhauptshirn und zwar im Vorzwickel und im vorderen Theil des Zwickels. Er erreichte nach vorn die Zentralwindungen nicht.

Der zweite Fall zeichnet sich zunächst dadurch aus, dass die Kranke, ein junges Dienstmädchen, sich für gesund hielt und ihre Arbeit verrichtete, bis sie eines Tages einen Krampfanfall bekam. Im Anschluss an diesen blieb vorzugsweise eine Sprachstörung zurück, derart, dass die einzelnen Silben auseinander gerissen und dass mitunter Buchstaben verschleift und versetzt wurden. Dabei war aber der seelische Zustand einwandsfrei. Rechts hinten an der Lunge fand sich ein Verdichtungsherd, die Leberdämpfung reichte zwei Finger zu tief nach unten. In den nächsten Tagen verschlimmerte sich der Zustand sehr rasch, die Sprechfähigkeit erlosch fast ganz, rechtsseitige Lähmung stellte sich ein. Die Kranke fieberte hoch, hatte Durchfälle und war zuletzt gelbsüchtig. Erst der Tod, der nicht lange auf sich warten liess, brachte die Erklärung des seltsamen Krankheitsbildes. Es fand sich nämlich ein über kindskopfgrosser Abscess im rechten Leberlappen. Von diesem aus hatte sich durch Verschleppung eine Eiterung im Gehirn gebildet die die zweite Stirnwindung und einen Theil der dritten auf der linken Seite zerstört hatte. Die Lage dieser Eiterung stimmt gut überein mit der Thatsache, dass die dauerndste Störung eine motorische Aphasie war. Ungewöhnlich ist es, das letztere durch eine Störung der Wortbildung (Dysarthrie) eingeleitet wurde.

Im dritten Falle handelte es sich um eine Unfallfolge. Ein Arbeiter war kopfüber in eine fünfzehn Fuss tiefe Grube gestürzt und danach bewusstlos gewesen. Er hatte am nächsten Tage zwar wieder gearbeitet, war aber dann in Bewusstlosigkeit und Krämpfe verfallen, die mehrere Stunden anhielten. Obgleich diese sich nur einmal wiederholten, verschlechterte sich doch das Allgemeinbefinden mehr und mehr, so dass der Verletzte nach $2^1/_2$ Monaten ins Krankenhaus gebracht werden musste. Hier wurde an der verletzten Stelle eine Knochenlücke aufgefunden, innerhalb deren man Pulsation fühlte. Es bestand linksseitige Muskelschwäche, Abweichung der Augäpfel nach rechts, seelische Hemmung. Der Zustand verschlimmerte sich im Laufe der nächsten Tage, schliesslich trat auch Nackensteifigkeit hinzu, ohne dass die Körperwärme jemals erhöht gewesen wäre. Die Sektion ergab einen Abscess vorwiegend im Gebiet der zweiten Stirnwindung, welcher die innere Kapsel nicht erreichte. Der Fall war zur Operation bestimmt und hätte für eine solche günstige Aussichten geboten, leider erfolgte der Tod zu früh.

Auf die ausführliche pathologisch-anatomische Besprechung der Fälle zurückzukommen ist hier nicht der Ort.

Ueber Skoliosis ischiadica.

Von Dr. Krecke - München.

(M. M. W. 1900. No. 6.)

Die seitliche Verbiegung der Wirbelsäule, welche als Folge der Ischias auftreten kann, und den Lenden- und unteren Brusttheil betrifft, kann viererlei Formen annehmen. Die Wirbelsäule ist entweder nach der kranken oder nach der gesunden Seite ausgebogen, oder die Richtung der Ausbiegung wechselt, je nachdem der Kranke frei oder mit aufgestützten Armen steht, oder sie wechselt ohne äusseren Anlass.

Dieses ungleichmässige Verhalten erschwert eine für alle Formen zutreffende Erklärung der ischiadischen Skoliose ungemein, und so besteht auch jetzt noch in diesem Punkte Uneinigkeit. Die verschiedenen Erklärungsversuche lassen sich in 4 Prinzipien zusammenfassen. Entweder wird angenommen, dass der Kranke diejenige Stellung einnimmt, in der er am wenigsten Schmerzen hat — Entlastung — oder dass der eine Rückenstrecker durch entzündliche Prozesse in seinen Nerven zu voller Kraftentfaltung untüchtig gemacht ist, und der andersseitige in folgedessen das Uebergewicht gewonnen hat; oder dass diese Funktionsuntüchtigkeit zur Lähmung gesteigert ist; oder endlich dass, auch wieder in Folge Nervenreizung, der eine Rückenstrecker krampfhaft zusammengezogen ist.

Am schwierigsten liegen die Verhältnisse natürlich bei der in ihrer Richtung abwechselnden Verkrümmung. Einen hierher gehörigen Fall teilt K. mit.

Ein 33 jähriger Arbeiter erkrankte an linksseitiger Ischias nach einer starken Durchnässung. Anfangs hielt er den Körper immer nach rechts gekrümmt, später lernte er die Convexität der Krümmung zeitweise nach links zu verlegen, wobei er sich Anfangs mit den Händen irgendwie festhalten musste, später aber nicht mehr. Diesen Stellungswechsel, der ihm immer eine gewisse Erleichterung brachte, vollführte er täglich etwa 20 mal.

Die Untersuchung ergiebt nur eine geringe Verdünnung des linken Beines und Druckschmerz an der Austrittstelle des linken Hüftnervs. Im Liegen ist keine Krümmung vorhanden, im Stehen dagegen besteht die oben beschriebene abwechselnde Ausbiegung der Lenden- und unteren Brustwirbelsäule. Bemerkenswert ist, dass im Zustande der Rechtskrümmung der linke Rückenstreckmuskel, im Zustande der Linkskrümmung der rechte hart uud fest anzufühlen ist. Nach der linken Seite kann der Kranke den Rumpf nur aus rechtsgekrümmter Stellung, aber ohne Schmerzen, beugen, nach der rechten degegen nur aus linksgekrümmter Stellung unter heftigen Schmerzen an der Austrittsstelle des Hüftnerven. Der Grad der Rückenkrümmung ist sehr verschieden, beim Gehen nimmt sie zu.

Für diesen Fall ermöglicht nur die Entlastungstheorie das Verständnis. Erben hat darauf aufmerksam gemacht und Jeder kann sich leicht davon überzeugen, dass der Rumpf in rechtsseitwärts geneigter Stellung nicht etwa durch die Zusammenziehung des rechten, sondern durch die des linken Rückenstreckers erhalten wird und umgekehrt. Wendet man dies nun auf den vorliegenden Fall an, so ergiebt sich folgendes Bild: Druck an der Austrittsstelle des rechten Hüftnerven wird schmerzhaft empfunden, infolgedessen bemüht sich der Kranke, diese Stelle zu entlasten; um das Becken auf der kranken Seite zu senken, beugt er den Rumpf nach rechts. Diese Stellung kann er nur dadurch dauernd erhalten, dass er den linken Rückenstreckmuskel kräftig zusammenzieht. Hierbei aber übt der Muskel einen Druck auf

die, ihn durchsetzenden Hautnerven, der mit der Zeit unerträgliche Schmerzen hervorruft. Der Kranke weiss sich nicht anders zu helfen, als indem er den Muskel wieder völlig erschlafft, die Krümmung der Wirbelsäule wieder auf die entgegengesetzte Seite verlegt. Und so fort.

Krecke ist der Meinung, dass auch alle andern Fälle von Skoliosis ischiadica durch die Entlastungstheorie erklärt werden können.

Vergiftungen.

Ein Fall von Paraphenylendiamin-Vergiftung.

Von Frauenarzt Dr. Emil Pollak.
(Wien. klin. Wochenschr. No. 31, 1900.)

Das Paraphenylendiamin wird zur Färbung von Haaren und Federn vielfach verwendet, da es ein in seinem Färbungskoeffizienten geradezu unübertrefflicher Körper ist. Andererseits handelt es sich aber um einen gefährlichen Giftstoff, dessen Anwendung am lebenden Körper schlimme Folgen haben kann. Verfasser berichtet über einen derartigen Fall. Die Verwendung des Haarfärbemittels „Phoenix", das im Wesentlichen eine 6proz. Paraphenylendiaminlösung darstellt, führte zu einem ausgedehnten Ekzem der Kopf- und Stirnhaut, sowie zu einem starken Oedem der Augenlider, verbunden mit hochgradigem Thränenfluss und Chemosis. Auf Grund der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen, sowie unter Berücksichtigung der durch eigene Thierversuche gewonnenen Ergebnisse gelangt Verfasser zur Aufstellung folgender Sätze: 1. Stellt sich nach Anwendung eines Haarfärbemittels, das Haar heller Farbe in dunkelbraune bezw. schwarze überführen soll, unter dem Gefühle von Jucken oder Brennen der behaarten Schädeldecke, der Stirn oder des Nackens eine ekzematöse Entzündung der Haut im genannten Bereiche ein, und gesellt sich zu diesen Erscheinungen im weiteren Verlaufe Exophthalmus geringen oder höheren Grades, verbunden mit Thränenfluss, Schwellung der Bindehaut und Augenlider, so liegt der Verdacht einer Vergiftung durch Paraphenylendiamin vor. 2. Das in den Haarfärbemitteln „Juvenia", „Phoenix", Nussextrakt enthaltene Paraphenylendiamin ist ein äusserst giftiger Körper mit spezifischer Wirkung auf das Blut. Es bewirkt bei der Berührung mit demselben Gerinnung und Braunfärbung, welche auf der Umwandlung von Oxyhaemoglobin in saures Haematin beruht, das jederzeit durch Zusatz von Schwefelammonium in Haemochromogen reduzirbar ist, und es führt in weiterer Folge zum schliesslichen Zerfall der Erythrocyten in Pigmentschollen. 3. Die toxische Dosis dieses Körpers beginnt nach Dubois und Vignon bei 0,1 g pro 1 kg Thiergewicht und führt bei Darreichung um ein Geringes unter diesem Schwellenwerthe zu den oben geschilderten Augenerscheinungen, die in kurzer Zeit vollständig zurückgehen; bei bedeutenderem Ueberschreiten der toxischen Dosis kommt es zu schwerer Allgemeinvergiftung, die unter den Folgeerscheinungen der Degeneration der parenchymatösen Organe und unter Krämpfen den Tod herbeiführt. 4. Die durch epi- bezw. endodermatische Aufnahme dieses Giftstoffes hervorgerufenen Ausfallserscheinungen müssen nicht bedingungslos bei der erstmaligen Verwendung dieses Mittels zum Ausdruck kommen, sondern können, möglicher Weise durch erfolgte Cumulirung, erst nach wiederholter Anwendung in ihrer schädlichen Wirkung hervortreten. 5. Da einerseits ein gewiss ansehnlicher Theil des Laienpublikums in gutem Glauben an die auf der Etiquette des Präparates angepriesene Unschädlichkeit den ausgiebigsten Gebrauch von diesen und anderen ähnlichen kosmetischen Erzeugnissen macht, andererseits Vergiftungserscheinungen gewiss häufiger vorkommen und deren Anzeige seitens der Betroffenen aus naheliegenden Gründen unterlassen werden mögen, wäre es nun an der Zeit, sanitätspolizeiliche Massnahmen gegen diese „vollkommen unschädlichen" Präparate zu verfügen. —y.

Ein Fall von Vergiftung mit Wasserschierling.

Von Prof. Dr. Pribram in Czernowitz.
(Arch. f. Krim. Anthr. 10. Juli 1900.)

Eine Bauersfrau erbat von einer Wahrsagerin ein Mittel, damit ihr Mann sie nicht mehr misshandle und nicht zwinge, mit ihr zu leben. Die weise Frau rieth ihr, dem Mann einen Kuchen aus zwei Wasserschierlingswurzeln, zwei Kartoffeln, Kukurutzmehl, Käse und Zwiebeln zu backen. Nach dessen Genusse würde der Mann 3 Monate lang wie betäubt herumgehen, aber nicht sterben.

Die Frau that wie ihr befohlen, nur nahm sie bloss eine Wurzel zu dem Kuchen. Eine Stunde nachdem der Mann davon gegessen hatte, bekam er „Herzweh", erbrach und verfiel bald nachher in Betäubung. Bald nachher starb er.

Ein genauer Sektionsbefund liegt nicht vor.

Das Erbrochene und ein Rest des Kuchens kamen erst zur gerichtlichen Untersuchung, als Alles schon verschimmelt war. Eingesandte Wurzelstücke erwiesen sich durch mikroskopische Untersuchung als von Cicuta virosa — Wasserschierling — herrührend. Da nun aber diese Wurzel je nach Wuchsort und Jahreszeit verschieden giftig sein kann, wurden die Wurzeln noch weiter geprüft. Durch Alkohol und Aether wurde ihnen eine nach dem Abdunsten dieser Flüssigkeiten harzartige gelbliche Masse entzogen, welche mit Goldbromid die für Cicutin kennzeichnende Reaktion gab und Thiere unter den Erscheinungen der Cicutinvergiftung (Speichelfluss, Durchfall, Erbrechen, Athemnot, Nackenkrampf) tötete.

Im Mageninhalt liess sich Cicutin chemisch nicht, physiologisch weniger deutlich als in den Wurzeln nachweisen. Auch die Kuchenreste gaben kein deutlich positives Ergebniss. Vielleicht hatte jedoch an diesem Ausfall die vorgeschrittene Fäulniss schuld.

Ein Fall von Strychnin-Vergiftung in Folge Verwechselung durch den Apotheker.

Von Dr. Terrien-La Vendée.
(Progrès Médical 1900. No. 37.)

Die im Allgemeinen ziemlich einförmige Kasuistik der Strychninvergiftung erfährt durch den vorliegenden Fall eine Bereicherung von ungewöhnlichem Interesse.

Ein Herr in der Blüthe der Jahre, von ungewöhnlich kräftiger Körperbeschaffenheit, der allenfalls in geringem Masse erblich nervös belastet ist, erkrankt an leichter Influenza. Es werden Pillen von Sparteïn zu 5 cg verordnet und ausserdem ein Blasenpflaster, dieses jedoch erst nachdem der Harn untersucht und durchaus einwandsfrei befunden ist.

Nach der ersten Pille treten ganz eigenthümliche krampfartige Zustände in den Körpermuskeln ein, welche durch jede Bewegung verstärkt werden und dem Kranken sehr beschwerlich sind. In Folge der Unbequemlichkeit, die ihm selbst das Sprechen verursacht, giebt er dem Arzte ungenügende Auskunft über seine Beschwerden, sodass dieser nicht darauf kommt, dass eine Vergiftung vorliegen könnte. Der Zustand besserte sich auch anfangs. Aber am nächsten Morgen nach der zweiten Pille verspürte der Kranke ein Kriebeln in den Füssen und fühlte, dass die Krämpfe wiederkämen. Kurz darauf trat ein tonischer Krampf der gesammten Körpermuskulatur von erschreckender Heftigkeit ein, der das Leben ernstlich bedrohte. Dieser wiederholte sich zwar nicht. Es blieb jedoch eine Reihe bezeichnender Störungen zurück: Erhöhung aller Reflexe, sehr deutliches Beben des Körpers,

Verschärfung der Sinneswahrnehmungen, Gehör, Geruch etc. Der Herzschlag war flattrig und sehr verlangsamt (40 in der Minute). Es erfolgte heftiges Erbrechen blutiger Massen. Der Stuhlgang war mit Blut vermengt, die Harnabsonderung war äusserst vermindert. Es war beständiger Speichelfluss vorhanden. Am folgenden Tage enthielt der Harn viel Eiweiss und am nächsten Tage verfiel der Kranke, der bis dahin in seinen geistigen Fähigkeiten völlig ungestört gewesen war, in einen an Bewusstlosigkeit grenzenden Betäubungszustand und die Harnabsonderung stockte ganz. Der Puls war jetzt beschleunigt.

Unter Anwendung energischer Mittel gelang es jedoch, eine Wendung zum Besseren herbeizuführen. Zuerst verschwand das Eiweiss aus dem Harn, mit ihm das Erbrechen, dann die Herzstörung und die blutige Färbung des Stuhlganges.

Währenddessen aber, etwa einen Monat nach Beginn der Vergiftungserscheinungen hatte sich eine seelische Störung hypochondrisch-melancholischer Art ausgebildet. Der sonst heitere und lebensfrohe Mann wurde plötzlich tiefbetrübt, weinte fortwährend, fürchtete, an allgemeiner Paralyse zu sterben. Erst nach zwei Monaten war diese Störung geheilt. Während ihrer Dauer bestand immer noch die Erhöhung der Reflexe und die Verschärfung der Sinnesempfindungen.

Bis jetzt hatten wir stillschweigend angenommen, dass wirklich eine Strychninvergiftung vorliegt. Dies ist jedoch seitens des Apothekers bestritten worden. Der Letztere gab zu, sich in dem Medikament getäuscht zu haben, aber er wollte nur statt der Sparteïnpillen Digitalinpillen, die für einen anderen Kranken aufgeschrieben waren, gegeben haben, und zwar sollte es sich um solche mit einem Gehalt von 2 mgr Digitalin handeln. Wenn das richtig war, so waren die Pillen ganz unschädlich, und man hätte sich wundern müssen, dass der Apotheker am nächsten Tage in höchster Hast und Aufregung zu dem Kranken gelaufen kam und sich mit aller Gewalt bemühte, ihm Milch einzuflössen.

Als dem Apotheker diese Einwände gemacht worden waren, änderte er sein Verhalten. Er sagte: „Meine Pillen sind überhaupt an der Krankheit nicht Schuld gewesen, sondern wahrscheinlich hat der Mann kranke Nieren gehabt und das Blasenpflaster hat einen Zustand von Urämie hervorgerufen.“ Aber auch diese Erklärung erweist sich bei näherer Betrachtung als trügerisch. Erstens hatte der Kranke eben nachgewiesener Massen gesunde Nieren. Zweitens verliert beim urämischen Krampfanfall der Kranke die Besinnung und die Empfindung und nach Ablauf des Krampfanfalls bleibt der Geist noch eine Zeitlang getrübt. Von alledem war bei den Krampfanfällen hier nicht die Rede. Es wird auch kein Mensch aus voller Gesundheit heraus binnen wenigen Tagen urämisch Bedenkt man nun noch den zeitlichen Zusammenhang der Anfälle mit der Einnahme von Pillen, so kann gar kein Zweifel bestehen: es hat wirklich eine Strychninvergiftung vorgelegen.

Merkwürdig bleibt es ja, dass der Mann, wenn er 10 cgr Strychnin statt der gleichen Menge Sparteïn zu sich genommen hat, noch lebt. Aber beispiellos ist dergleichen nicht, und man hatte es eben mit einem ungewöhnlich kräftigen Menschen zu thun.

Wass die aussergewöhnlichen Erscheinungen anbetrifft, stehen die Blutungen aus Magen und Darm auf einer Stufe it denen im Gehirn, in den Lungen u. s. w., die man sonst ›hl beobachtet hat. Eiweiss findet man auch in anderen llen im Harn. Besonders bemerkenswerth ist die nach'gende Seelenstörung.

Ein Fall von Strychninvergiftung.

Vom Ersten Staatsanwalt Nessel-Lüneburg.

Archiv f. Crimin. Anthrop. 10. VII. 1900.

Die von einem Laien herrührende Mittheilung bietet vom rein ärztlichen Standpunkte aus nichts Neues, wird aber den Gerichtsarzt bei der Seltenheit der Strychninvergiftung in Deutschland sicherlich interessiren.

Ein schon bejahrter Knecht pflegte als Mittel gegen Magenbeschwerden mehrmals täglich doppeltkohlensaures Natron einzunehmen und führte dasselbe in einer Blechschachtel immer bei sich. Eines Abends, als er es auch wieder genommen hatte, sagte er gleich, es habe so schlecht geschmeckt, es müsse ihm Jemand ein Gift hineingethan haben. Eine Stunde später war der Mann tot. Gliedersteifheit war dem Ende vorausgegangen. Die Sektion ergab nicht mit Sicherheit die Todesursache. Doch sprachen sich nach Untersuchung des Inhalts der Blechbüchse die Gerichtsärzte und der Apotheker übereinstimmend dahin aus, dass Strychninvergiftung vorliege. Dagegen bekundete ein Chemiker, dem Leichentheile zur Untersuchung übergeben worden waren, dass diese kein Strychnin enthielten. Auch von anderer Seite war inzwischen behauptet worden, der Verstorbene sei einer akuten inneren Krankheit erlegen. Der nunmehr zugezogene Gerichtschemiker Dr. Jeserich konnte jedoch auf chemischem Wege und mit Hilfe des Thierversuchs mit voller Sicherheit Strychnin nachweisen. Zweifellos lag in diesem Falle ein Mord durch Strychnin vor.

Gynäkologie.

Schwefelsäure als Abortivum.

Von Dr. Siegfried Egger in Straubing.

(Friedr. Bl. 1900, H. 4.)

Das mörderische Treiben der Kurpfuscher, die sich mit Abtreibungen abgeben, wird durch den vorliegenden Fall in krasser Weise beleuchtet.

Der Thäter ist ein Bader, oftmals vorbestraft wegen Kurpfuscherei — die Sache spielt ja in Oesterreich, — aber auch wegen anderer Vergehungen. Das Mittel zur Abtreibung ist nichts anderes als ein Aufguss von Zimmt und desgleichen, versetzt mit dreissig Prozent reiner Schwefelsäure. Letztere ist, nebenbei gesagt, von einem Goldarbeiter gestohlen.

Die unglückliche Schwangere trinkt von dem höllischen Gebräu eine halbe Kaffeetasse — das Weitere versteht sich eigentlich von selbst. Es folgt Erbrechen mit heftigen Magenschmerzen, ein qualvolles Siechthum, die Folge narbiger Verengerung des Pförtners, stellt sich ein. Erst über zwei Monate nach der Vergiftung wird die todte Frucht ausgestossen, nach weiteren drei Wochen stirbt die Wöchnerin.

Auffallend ist, dass in dieser ganzen Zeit kein Heilversuch gemacht worden ist, obwohl doch eine Operation aussichtsvoll gewesen wäre, vielleicht wurde gar kein Arzt zugezogen.

Ueber den Zusammenhang zwischen Uterus- und Magenleiden.

Von Dr. Oedven Tuszkai.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. Bd. XII, Heft 2, Seite 145.)

Die Zusammenfassung Tusskai's lautet: Die Uterus- und Magenaffektionen können mit einander in engen Wechselbeziehungen sein. Bei der Diagnose der Wechselwirkungen sind die zwischen diesen beiden Organen bestehenden coincidenten Leiden streng auszuschliessen und ebenso ihre durch die Coëffekte dieser beiden Organe entstandenen gleichzeitigen Erkrankungen. Der erste Weg der Wechselwirkungen ist die

Nervenbahn, deren Centrum Seitens der inneren Genitalien nicht im Gehirn oder Rückenmark, sondern im sympathischen Nervensystem zu suchen ist. Sein abdominales Centrum ist das Ganglion solare, resp. den Uterus betreffend, der plexus gastricus inferior, der mittelst des Ganglion solare resp. plexus spermaticus in Reflexbeziehungen steht zu den vorderen und hinteren Magenästen des Nervus vagus. Diese Reflexbahnen benannten wir: Anastomosis spermatica, Anastomosis pudendo-haemorrhoidalis, Genito-gastrica, weiter die Nervi splauchnici, die weiteren, aber mittelbaren Verbindungen nennen wir Anastomosis utero-spinalis. Die unmittelbaren Wege der Reflexbahn sind direkte Verbindungen des Vagus (Exklusion des Ganglion solare) mit dem sympathischen Nervensystem, so besonders mit dem plexus utero-vaginalis und mit den mit letzteren im Zusammenhang stehenden para uterinen Ganglien (Anastomosis utero-coeliaca sen Uterospermatica. Der zweite Weg der Wechselwirkungen ist in den Veränderungen der gemeinsamen statischen Momente beider Organe zu suchen. Die Dislokationen des Magens können als Folge der Wechselwirkungen der statischen Momente eine Uterusdeviation (sekundäre Uterusaffektion) hervorrufen, während die primären Deviationen des Uterus sekundäre Gastroneurose oder palpable Magenaffektionen erzeugen, also stehen sie auf reflektorischem Wege zu einander in Wechselwirkungen. Die Blutbahn spielt bei diesen Wechselwirkungen nur eine Rolle dritten Grades und nach allem kann nur von chemischen oder endozymen Coëffekten die Rede sein.

G.

Augen.

Zur Bekämpfung der endemischen Körnerkrankheit.

Von Prof. Dr. J. Hirschberg-Berlin.

(Klinisches Jahrbuch. 7. Band, 4. Heft. 1900.)

Die Massnahmen, die auf Grund eines Berichtes Verfassers an das Medizinalministerium im Jahre 1896 behufs Bekämpfung der in Ost- und Westpreussen verbreiteten Körnerkrankheit getroffen wurden, haben gute Früchte getragen. Bei einer im Herbst vergangenen Jahres abermals in amtlichem Auftrage unternommenen Inspektionsreise konnte sich Verfasser davon überzeugen, dass die Verhältnisse in Bezug auf die Ausbreitung und den Charakter der Körnerkrankheit sich nicht unerheblich in günstigem Sinne geändert hatten. Sowohl in den Dorfschulen, wie in den städtischen Volks- und Gemeindeschulen, als auch in den höheren Schulen ist der Prozentsatz der an Trachom leidenden Schüler im Allgemeinen um ein Wesentliches gesunken. Wo dies nicht der Fall war, fehlte es an einem thatkräftigen, zielbewussten Vorgehen und liessen die Schulräume in hygienischer Beziehung viel zu wünschen übrig. Auch hier werden Fortschritte zu verzeichnen sein, wenn man einen geschickten Augenarzt mit der Ausrottung der Schulseuche betraut, geübte Krankenpflegerinnen anstellt, welche die ärztlichen Anordnungen sauber und zuverlässig auszuführen befähigt sind, und wenn die Schulräume den hygienischen Anforderungen angepasst wurden. In dieser Richtung wird noch Manches zu thun sein, bis eine gesunde Generation herangewachsen ist. Aber dass man auf dem richtigen Wege ist, beweisen schon die Ergebnisse, die in dem kurzen Zeitraum von drei Jahren mit den bisherigen Massnahmen erzielt worden sind. Vor allem bedarf es noch der Bereitstellung weiterer staatlichen Mittel, mit denen nicht gekargt werden darf, wenn es sich um solch wichtige Dinge handelt, wie die Bekämpfung der endemischen Körnerkrankheit.

—y.

Zur Lehre vom pulsirenden Exophthalmus.

Aus dem Spitale der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

Von Dr. Romuald Keschmann.

(Wien. klin. Wochenschr. No. 33, 1900.)

Die Lehre von den Ursachen und der Behandlungsweise des pulsirenden Exophthalmus hat viele Wandlungen durchgemacht, und auch jetzt sind manche Symptome dieser nicht gerade häufigen Erkrankung noch nicht völlig klargestellt Verfasser berichtet über einen in seinen Einzelheiten sehr bemerkenswerthen Fall; es handelte sich um einen 14jährigen Knaben, der als 2jähriges Kind aus dem Fenster auf die Strasse stürzte, aus einer Fallhöhe von 2 m, und dabei mit der rechten Kopfseite gegen das Pflaster schlug. Angeblich entstand keine äussere Verletzung, auch traten keine Zeichen von Gehirnerschütterung oder einer schweren Störung des Allgemeinzustandes auf. Schon nach einigen Monaten zeigten sich eine Reihe von Veränderungen im Gesicht des Knaben, das immer asymmetrischer wurde. Der jetzige Befund ergiebt folgende Veränderungen: 1. Partielle Verdickung des Stirn- und Schläfenbeins, Abflachung des ersteren, über dem Jochbein gelegene Einziehung des Schädelgerüstes. 2. Verkürzung des rechten Theiles des Unterkiefers. 3. Parese des M. pterygoideus internus dexter und Atrophie des M. temporalis und Masseter derselben Seite; Atrophie und Hypästhesie der rechten Zungenhälfte. 4. Pulsirender Exophthalmus ohne subjektive oder objektive Geräusche; die Pulsation wird durch Zusammendrücken der Carotis communis abgeschwächt, aber nicht aufgehoben. 5. Tiefstand des rechten Auges. 6. Ptosis und Ektropium des oberen Augenlides, Parese des M. rectus superior und externus. 7. Hochgradige Myopie des rechten Auges. 8. Fehlen der gewöhnlich bei pulsirendem Exophthalmus vorkommenden Veränderungen am Augenhintergrund, der hier nur die bei typischer Myopie vorkommenden Erscheinungen darbietet. Die Diagnose lautete: Cavernöses Angiom in der Nähe des Foramen opticum und der Fissura orbitalis superior; Läsion des zweiten Trigeminusastes durch einen Knochensplitter oder durch eine Fissur in der Wand des Foramen rotundum. Da der Einfluss der Kompression der rechten Carotis communis zwar ein deutlicher, aber doch geringer war und auch in früheren Fällen die Unterbindung der Carotis bei Angiomen wenig Nutzen brachte, die Sehstörung nach so langer Zeit und unterdessen eingetretener Sehnervenatrophie durch die Operation gewiss nicht behoben werden konnte, und endlich der Patient keine Beschwerden hatte, wurde von einer Unterbindung der Carotis communis abgesehen und nur an die operative Beseitigung der Ptosis und des Ektropium gegangen.

—y.

Hygiene.

Bäder und Badewesen der Neuzeit.

Von J. Marcuse.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 32, Heft 3.)

Die vorliegende Arbeit bildet die Schlussfolge von „Bäder und Badewesen im Alterthum“ und „Bäder und Badewesen im Mittelalter“ (Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 31 und 32).

Nach einer Darstellung des Badewesens, wie es sich einerseits im Orient bei den Völkern des Islam und andererseits bei den ost- und westeuropäischen Völkern, insbesondere den Finnen, erhalten hat, giebt der Verf. einen Rückblick auf die Entwickelung des Badewesens in den ausserdeutschen Ländern, namentlich England und Frankreich, um im Anschluss daran ein Bild des gegenwärtigen Standes des Badewesens in Deutsch-

land zu geben. Mit den vorangegangenen Kulturepochen verglichen, erreicht das Badewesen der Neuzeit auch nicht im Entferntesten die gewaltigen Vorbilder des Alterthums, wie es auch nicht dem badefrohen Treiben des Mittelalters nahekommt. Erst im neunzehnten Jahrhundert wird die Idee von der Wohlthätigkeit des Wassers für den menschlichen Körper von Neuem wach, um langsam und stetig, gestützt von der mehr und mehr zunehmenden Bedeutung der öffentlichen Gesundheitspflege an Kraft zu gewinnen. Dieser Aufschwung, den die Erkenntniss der gesundheitlichen Bedeutung der Bäder im letzten Jahrzehnt gewonnen hat, und der erst kürzlich seinen Ausdruck in der Begründung der „Deutschen Gesellschaft für Volksbäder" gefunden hat, berechtigt zu der Hoffnung, dass das Badebedürfniss allmählich wieder zum Gemeingut des Volkes wird.

Dahin zu wirken, muss als eine der vornehmsten Aufgaben der Hüter der öffentlichen Gesundheit, des Staats und der Gemeinden, erachtet werden. Dann wird das zwanzigste Jahrhundert eine Blüthe der Entwickelung des Badewesens heranreifen sehen, die als eins der kostbarsten Güter der Kultur, Kraft und Gesundheit stählen und die natürlichen Faktoren der Volksgesundheit hilfreich unterstützen wird. „Die Grundlage jeder Reform auf gesundheitlichem Gebiet bildet die Reinlichkeit: für dieses wichtigste Gut menschlicher Gesittung kämpfen wir, wenn wir das allgemeine Bewusstsein zu gemeinsamem Thun für eine der vornehmsten Pflichten praktischer Gesundheitspflege aufrütteln."

Roth (Potsdam).

Ist ein Reichswohnungsgesetz im Interesse der Wohnungshygiene zu wünschen?

Von Dr. Hans Wolff, pro phys. approb. Arzt in Harburg (Elbe).
(Zeitschrift f. Medizinalbeamte No. 14, 1900.)

Die hochwichtige und immer dringlicher werdende Frage, wie eine nachhaltige und durchgreifende Besserung in den Wohnungsverhältnissen der Arbeiterbevölkerung zu treffen ist, hat erst jüngst den deutschen Reichstag beschäftigt, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass sich die vorgeschlagenen Mittel zur Abhilfe des anerkannten Nothstandes zu einem Reichswohnungsgesetz verdichten werden. Verfasser will den Werth, den dieses gesetzgeberische Vorgehen in kultureller und national-ökonomischer Beziehung haben kann, nicht unterschätzen, bezweifelt aber den Nutzen, den ein derartiges Gesetz in hygienischer Beziehung bringen kann. Denn wenn auch die Arbeiterwohnungen in bauhygienischer Hinsicht allen Anforderungen entsprechen würden, so seien die Arbeiter doch viel zu indolent und viel zu wenig hygienisch erzogen, um von den Wohnstätten nun auch den hygienisch-richtigen Gebrauch zu machen. Mit Zwangsmassregeln und polizeilichen Vorschriften sei aber nach dieser Richtung hin nichts auszurichten. Aus solchen Erwägungen heraus das Scheitern des Gesetzes zu wünschen, erscheint uns doch recht unbegründet. Beide Dinge haben miteinander nichts zu thun; das Reichswohnungsgesetz wird recht segensreiche Folgen haben können, allerdings macht es, wie man dem Verfasser zugeben muss, die hygienische Aufklärungsarbeit nicht überflüssig, das ist aber auch nirgendwo behauptet worden. —y.

Ueber Formaldehyddesinfektion von Krankenzimmern.

Von Dr. Ehrle jun. in Isny.
(Medizin. Corr.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereines, No. 34, 1900.)

Die Formaldehyddesinfektion der Krankenzimmer bedeutet einen erheblichen Fortschritt gegenüber den bisherigen Methoden, von denen keine eine gründliche Vernichtung der Krankheitskeime ohne Beschädigung des zu desinfizirenden Materials ermöglichte. Von den verschiedenen in Betracht kommenden Methoden hält Verfasser das Lingner'sche Verfahren für das leistungsfähigste; allerdings ist der zur Durchführung desselben nöthige Apparat sehr theuer. Aber auch das Schering'sche und Elbs'sche Verfahren, die im Prinzip auf dasselbe hinauslaufen, liefern beide recht brauchbare Resultate. Das Elbs'sche Verfahren hat den Vorzug grösserer Billigkeit, da man zu seiner Anwendung keines besonderen Apparates bedarf. (Paraformaldehyd ist in einem Kohlenkern untergebracht, der durch eine offene Flamme zum Glühen gebracht wird). Ein Nachtheil ist, wie bei dem Schering'schen Verfahren, die etwas geringere Tiefenwirkung und die Nothwendigkeit der Abdichtung des zu desinfizirenden Raumes. Wenn die Formaldehyddesinfektion die bisher zur Verfügung stehenden mächtigen Desinfektionsmittel, wie den strömenden Wasserdampf, die kochende Sodalauge und die flüssigen chemischen Desinfektionsmittel auch nicht verdrängen wird, so stellt sie doch eine erwünschte Bereicherung und Vereinfachung der bisherigen Zimmerdesinfektions-Methoden dar und sollte deshalb eine grössere Verbreitung finden. —y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner psychiatrischer Verein.

Sitzung vom 16. Juni 1900.

Originalbericht
der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Diskussion über den am 17. März d. J. gehaltenen Vortrag des Herrn Henneberg: Ueber Spinalpunktion bei Hirnblutungen.

Vortr. demonstrirte mehrere mit der Kaiserlingschen Methode konservirte Gehirn- und Rückenmarkspräparate von Fällen, in denen es sich um Gehirnblutungen handelte und die bei der Lumbalpunktion eine blutige Flüssigkeit ergaben. Der erste betraf ein traumatisches Hämatom nach Sprengung der Schädeldecke, wie sich bei der Sektion herausstellte. In dem zweiten Fall handelte es sich um eine Blutung im Thalamus opticus und in den Ventrikeln. In beiden Fällen, ebenso wie in einem dritten waren die Kranken in bewusstlosem Zustand aufgenommen und nach Krämpfen gestorben. Da das bei der Lumbalpunktion erhaltene Blut auch von der Anstechung von Venen herrühren könne, liege ein Bedürfniss vor, ein Erkennungszeichen dafür zu besitzen, ob das Blut aus den Venen oder aus dem Arachnoidalraum herstamme. Vortr. sieht ein solches in der Herabsetzung resp. Aufhebung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch die Berührung mit dem Liquor cerebrospiralis. Erhalte man daher Blut, welches bald gerinnt, so rühre es aus einer Vene her, bleibe es flüssig, so müsse man annehmen, dass es aus dem Rückenmarkskanal stammt. Bei bewusstlos aufgefundenen Kranken ohne Anamnese dürfte die Lumbalpunktion durch den Befund von Blut zur differentiellen Diagnose zwischen epileptischen, sowie alkoholischen Zuständen und Kopftraumen von Wichtigkeit sein.

Nawratzki berichtet über einen ähnlichen Fall aus Dalldorf. Ein 36jähriger Arbeiter war nach einer schweren Kopfverletzung wegen hinzugetretener hochgradiger Unruhe und Verwirrtheit dorthin gebracht worden. Er war ganz benommen, sprach nichts, wühlte im Bett herum und hatte sehr beschleunigten Puls und Temperatursteigerung. An der rechten Kopfseite hatte er eine bis auf den Knochen reichende Hautwunde. Bei der mit Herrn Arndt ausgeführten Lumbalpunktion trat reines Blut in die Steigröhre. Eine Drucksteigerung bestand

nicht. Dieser Befund liess einen Blutaustritt in die Hirn- und Rückenmarkshäute vermuthen, eine Annahme, die durch die Sektion bestätigt wurde. In der rechten Schläfenschuppe fand sich eine Fissur, die sich bis auf das Felsenbein erstreckte; dieser Knochenverletzung entsprach ein extradurales Hämatom mässigen Umfanges; endlich war eine ausgedehnte Zertrümmerung des linken Schläfenlappens vorhanden, durch welche eine Verbindung zwischen Subduralraum und Unterhorn des linken Seitenventrikels hergestellt war. Beide Seiten-, sowie der dritte Ventrikel waren mit Blut gefüllt, der vierte war leer. Dass das mittelst Lumbalpunktion entleerte Blut wirklich aus Arachnoidalräumen stammte und dass nicht bloss mit der Punktionsnadel eine extradural gelegene Vene ausgestochen war, das bewies die deutliche, mit der Athmung des Patienten ganz synchron einhergehende Auf- und Niederschwankung der in die Steigröhre getretenen Blutsäule. Uebrigens könne durch den Befund von Blut bei der Lumbalpunktion sowohl ein Blutaustritt in die Hirn- und Rückenmarkshäute angezeigt werden als ein Bluterguss in die Gehirnsubstanz mit Durchbruch in die Ventrikel.

Henneberg ergänzt seine Mittheilungen. Bei Kopftraumen und der Pachymeningitis haemorrhagica interna erhalte man nur geringe Beimengungen von Blut zur Punktionsflüssigkeit und der Nachweis sei dann schwierig, dass dieses Blut bereits vor der Punktion in der Spinalflüssigkeit war. Der Befund von Lymphocyten, die mit rothen Blutkörperchen beladen waren, sei dafür ausschlaggebend.

H. geht sodann auf die Bedeutung der pulsatorischen und respiratorischen Schwankungen ein und glaubt, gestützt auf einen beobachteten Fall, dass das Fehlen derselben zur Differentialdiagnose zwischen einfacher Myelitis und Kompressionsmyelitis beitragen könne.

Moeli: Statistisches über die Anstaltsbehandlung der Alkoholisten. (Autoreferat.)

Vortr. erwähnt, wie ausserordentlich wünschenswerth, aber auch ausserordentlich schwierig statistische Feststellungen über die Behandlung der Alkoholisten in Anstalten seien.

Die Diskussion in der letzten Sitzung zeige, dass erhebliche Meinungsverschiedenheiten beständen, die zunächst einmal verlangten, die Art der Kranken genauer kennen zu lernen.

Deshalb ist mit Hilfe der auf der Männerseite der Anstalt Herzberge in Lichtenberg thätigen Aerzte eine systematische Bearbeitung der hier vom Jahre 1893 ab aufgenommenen Alkoholisten erfolgt. Die Uebersicht über die ersten 6 Jahre liegt vor (abgeschlossen am 30. September 1899).

Die Schwierigkeiten sind weniger lokaler Art, d. h. in dem Vorhandensein mehrerer Behandlungsstätten in Berlin, z. Th. auch in der Theilnahme mehrerer Beobachter und Beurtheiler an einer und derselben Behandlungsstätte begründet. Schwieriger ist die Schaffung eines bestimmten Massstabes für die krankhafte Abweichung, da sich Reizbarkeit, die bekannte Abstumpfung der ethischen Gefühle und gemüthliche Indifferenz, Schwäche der Fassung, Erinnerung und Ueberlegung unter einander und mit halluzinatorischen etc. Erregungszuständen vielfach verbinden. Die Eintheilung kann daher nur summarisch erfolgen und in den gebildeten Gruppen nicht immer Gegensätze und Ausschliessungen verkörpern.

Vortr. zeigt den zur Statistik benutzen Fragebogen und bespricht ganz kurz die Ergebnisse einiger Zusammenstellungen über die Beziehungen der Dauer der Behandlung zu der anstaltsfreien Zeit bei den Rückfälligen, über die Kombination der ätiologischen Faktoren bei den verschiedenen Gruppen u. s. w. Er hofft, die aus der Betrachtung von während 6 Jahren aufgenommenen 742 Alkoholisten gewonnenen Ergebnisse als ersten Abschnitt einer in gewissen Abständen zu wiederholenden Uebersicht benutzen zu können. Er misst der Höhe der Zahlen an sich vorläufig nur die Bedeutung eines Mehr oder Weniger oder eines mehr positiven oder mehr negativen Hinweises bei und glaubt, zunächst das Augenmerk nur auf einige Hauptpunkte als Ausgang für die Beobachtung richten zu sollen.

Liepmann: Ueber Apraxie. Mit Demonstration eines Falles einseitiger Apraxie.

Unter Apraxie wurde bisher der verkehrte Gebrauch der Gegenstände infolge Verkennens gemeint. Hier liege eine solche Störung nicht vor, sondern die motorische Aeusserung sei verkehrt. L. definirt danach Apraxie als Unfähigkeit zu zweckgemässer Bewegung und stellt diesen Begriff der bisher so genannten besser als Agnosie oder sensorische Asymbolie bezeichneten Störung gegenüber. Die Herrschaft der Seele über die Glieder sei bei der Apraxie aufgehoben. Der interessante Vortrag erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. (Wernicke und Ziehen.)

M. E.

Aus den Verhandlungen des 13. Internationalen Medizinischen Kongresses. Sektion für gerichtliche Medizin.

(Ztschr. f. Medizin. Beamte.)

Descoust-Paris: Ueber den Einfluss der Fäulniss auf die Lungenschwimmprobe. Die Fäulnisserscheinungen an den Lungen Neugeborener verhalten sich verschieden, je nachdem das Kind nach der Geburt nicht geathmet oder geathmet und event. Nahrung aufgenommen hat. In ersterem Falle ist der Verdauungskanal noch keimfrei, und die Fäulniss kann nur von aussen nach innen stattfinden. Dieselbe geht dann sehr langsam vorwärts, und die Eingeweide bleiben in ihrem 'Aussehen' lange unverändert. Hat dagegen das Kind schon geathmet, so sind mit dem Luftstaub in seine Athmungs- und Verdauungswege Fäulnisspilze gelangt, die rasch von innen nach aussen fortschreitende Fäulniss, verbunden mit Gas-Entwickelung, veranlassen. Der Einfluss der Fäulniss veranschaulicht sich am deutlichsten an Lungen, die unvollkommen geathmet haben. Bei ihnen findet man über den Stellen, die an der Athmung nicht betheiligt waren, wohl oft unregelmässige Gasblasen unter dem Brustfell, aber das Gewebe knistert nicht auf Druck und schwimmt schlecht, besonders wenn man die Blasen aufgestochen hat. Auch die Verflüssigung bei der Fäulniss ist ein Kennzeichen dafür, dass die Lungen nicht geathmet haben. Im Thierversuch gelingt es nicht, Gasfäulniss bei Thieren, die nicht geathmet haben, zu erzeugen, mag man sie nun im Freien liegen lassen, in Erde vergraben oder in Fäulnissflüssigkeiten aufbewahren. Descoust gelangt zu dem Schlusse: Die Fäulniss ist nicht im Stande, in den Lungen von Neugeborenen, die nicht geathmet haben, Veränderungen des specifischen Gewichts zu bewirken.

Dem entgegen erklärt **Martin**-Lyon, dass im warmen Sommer doch auch in solchen Lungen Gasfäulniss entsteht. **Ziemke**-Berlin kann D. nur mit Einschränkungen beistimmen. Er hat mit Puppe zusammen Versuche an Früchten angestellt, bei denen Reinculturen von Fäulnisserregern in die Luftröhre gebracht wurden. Der Erfolg war der, dass stets eine hochgradige Lungenfäulniss mit Gasbildung und positivem Ausfall der Schwimmprobe erreicht wurde. Dasselbe beobachtete er bei einer 24wöchentlichen Frucht, die im Wasser gefunden wurde. In solchen Fällen kann aber die Lupe oder das Mikroskop Aufschluss geben. Mit ersterer entdeckt man um jede einzelne Gasblase an der faulen Lunge des nicht geathmet habenden Kindes einen Hof dunkelblaurothen luftleeren

Gewebes, während, wenn die Lunge geathmet hat, die Gasblasen dicht beieinander, nur durch die Scheidewände der Lungenbläschen getrennt liegen. Unter dem Mikroskop werden diese Verhältnisse auch an stark veränderten Lungen deutlicher.

Clark-Bell-New-York: Die gerichtliche Medizin in Amerika im 19. Jahrhundert. Ursprünglich nicht ihrem Werthe nach gewürdigt, wird die gerichtliche Medizin in neuerer Zeit in Amerika in hervorragender Weise gepflegt. Seit 1867 besteht in New-York eine Gesellschaft für gerichtliche Medizin, die Aerzte und Juristen vereinigt. Schon drei Mal hat diese Vereinigung die Abhaltung von internationalen Kongressen für gerichtliche Medizin veranlasst.

Castiaux-Lille und **Laugier**-Paris: Die Klappenverletzungen des Herzens im Gefolge von Quetschungen des Brustkorbes.

Entgegen der Meinung, dass Verletzungen nicht im Stande sind, selbstständig Veränderungen an den Herzklappen hervorzubringen, muss es als sicher angenommen werden, dass heftige Erschütterungen oder Zusammenpressungen des Brustkorbes selbst an einem gesunden, leichter an einem schon entarteten Herzen die Klappen schädigen können. Veränderungen treten dann entweder unmittelbar nachher in Form von Rissen in Folge des erhöhten Blutdrucks oder aber schleichend als entzündliche Vorgänge ein. Bei den acut einsetzenden Störungen bemerkt man sofort, dass die betreffende Klappe schlussunfähig geworden ist. Am häufigsten ist es eine Aortenklappe, seltener die zweizipflige, nur ausnahmsweise eins der beiden anderen Klappensysteme. Die physikalische Untersuchung lässt einen Unterschied gegenüber anderen Klappenfehlern nur insofern erkennen, als bei Verletzungen die Geräusche stärker und länger sind und in Folge des Mitschwirrens abgerissener Sehnenfäden oder Klappenfetzen eine bestimmte Klangfarbe haben. Da bei den Verletzungen das Herz weniger als bei den aus inneren Ursachen entstehenden Klappenfehlern Zeit hat sich anzupassen, so sind die Heilungsaussichten bei ersteren schlechter, nicht aber durchaus schlecht. In sehr seltenen Fällen kann, wenigstens bei Aortenklappenrissen, Genesung eintreten.

In der Diskussion erwähnt **Haeckel**-Marseille zur Erläuterung der schlechteren Heilungsaussichten bei Rissen der zweizipfligen Klappen einen unmittelbar von Abschwächung des Herzstosses gefolgten, rasch tödtlich verlaufenen Unfall. **Brouardel**-Paris meint, dass die Entscheidung, ob der nach der Verletzung beobachtete Klappenfehler nicht schon früher bestand, oft nach dem Ergebniss der Sphygmographie getroffen werden kann.

Sarda-Montpellier: Ueber die Entstehung der subpleuralen Ecchymosen.

Silva-Valencia: Gerichtlich-medizinische Statistik der Republik Mexico.

(Beide Vorträge bieten kein wesentliches Interesse.)

Ottolenghi-Siena: Ueber die Abkühlung der Leiche bei gewissen Arten des gewaltsamen Todes. Die Versuche wurden an Thieren angestellt, die durch Erstickung, Halsschnitt oder Strychnin getödtet waren.

Eine halbe Stunde nach dem Tode ist die Bauchhöhle am wärmsten, dann folgt das Gehirn, dann die Muskulatur. Langsam und stufenweise schreitet die Abkühlung in der Bauchhöhle, rasch und nicht graduell (?) im Gehirn und den Muskeln vor. Abgesehen von diesen allgemeinen Regeln haben die physikalischen Bedingungen der Umgebung, die Art und Schnelligkeit des Todes, die Lage der Leiche auf die Dauer und Stärke der Abkühlung Einfluss.

Im Anschluss hieran weist **Brouardel** auf verschiedene besondere Temperaturveränderungen nach dem Tode hin: Bei Hundswuth, Pocken u. s. w. ist die Körperwärme nach dem Tode beträchtlich erhöht, bei manchen Infektionskrankheiten sinkt sie nach dem Tode anfangs, steigt aber in Folge von Gährungsprozessen in der Bauchhöhle wieder an und bleibt bis zu 36 Stunden nachher erhöht. Alles in allem ist aus dem Grade der Abkühlung auf die seit dem Tode verflossene Zeit nicht zu schliessen.

Ogier-Paris: Ueber kriminelle Verbrennung von Leichen. Verbrecher benutzen nicht selten die Verbrennung, um Leichname zu beseitigen. Einen Ungeborenen oder Neugeborenen kann man leicht in einem gewöhnlichen Stubenofen oder dgl. verbrennen. Um dagegen auf die gleiche Weise die Leiche eines Erwachsenen unkenntlich zu machen, ist mehr Zeit erforderlich, als Verbrecher gewöhnlich haben. Vorgekommen ist das aber auch mehrmals. Selbst die besten Oefen zur Leichenverbrennung brauchen, um den Körper in Aschenpulver zu verwandeln, 1—$1^1/_2$ Stunden. Fast unmöglich ist es, in freier Luft Leichen Erwachsener nach Tränkung mit Theer, Petroleum, Oel oder Alkohol zu verbrennen. Reste dieser Flüssigkeiten sind an den Kleidern, soweit diese unverkohlt sind, manchmal wahrzunehmen, nur von Alkohol nicht. Manchmal wird ein Zweifel entstehen können, ob Fett, das den Kleidern anhaftet, vom Menschen, vom Thier oder von einer Pflanze stammt. Diese sonst leichte Entscheidung kann nach Einwirkung grosser Hitze unmöglich werden. Ein Märchen ist die „Selbstverbrennung“, vor ihr ist der menschliche Körper durch einen Wassergehalt von 75—80 pCt. geschützt.

Corin-Brüssel: Ueber plötzlichen Tod beim Ertrinken. Im Thierversuch kann man den plötzlichen Ertrinkungstod am sichersten herbeiführen, wenn man vorher das Athmungscentrum durch Chloralhydrat schwächt, die Rückenmarkscentra durch Strychnin übererregbar macht. Die genannte Todesart tritt dann durch Athmungs- oder Herzlähmung ein. Man kann das plötzliche Ertrinken nur an der Trockenheit der Luftwege, dem Fehlen ballonartiger Lungenblähung erkennen. Auch verwesen die Leichen nicht so rasch wie gewöhnliche Wasserleichen; denn bei diesen gelangen während des Ertrinkens, wie man leicht im Thierversuch nachweisen kann, Fäulnisskeime ins Blut. Blutungen unter die Schleimhäute oder das Rippenfell können nach plötzlichem Ertrinkungstode vorhanden sein oder auch fehlen.

Crespin-Algier: Ueber rituelle Beschneidung vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt. (Bringt nichts neues.)

Pouchet-Paris: Ueber die Nothwendigkeit der Untersuchung von Schädlichkeiten, die durch gewohnheitsmässigen Gebrauch von Nahrungsmitteln und Getränken entstehen können, welche mit chemischen Mitteln (Borax, Salicylsäure, Formol u. dgl.) conservirt sind.

Der von **Brouardel** mitausgearbeitete Bericht hebt hervor, dass es unrichtig ist zu fragen, ob die bezeichneten Conservirungsmittel bei einmaligem Genuss zu schaden vermögen. Das wird nie zutreffen, und dennoch kann die lange, regelmässig wiederholte Einführung solcher Stoffe die Gesundheit tief schädigen. Verdauungsstörungen, Blutarmuth u. s. w. haben oft keine andere Ursache. Die Erkennung dieser Schädlichkeiten ist oft sehr schwer, aber sehr wichtig. Eine internationale Verständigung über die rechtliche Behandlung dieser Fragen wäre anzubahnen.

Nach längerer Diskussion wird auf Vorschlag von **Bordas** eine Resolution folgenden Inhalts angenommen: Angesichts der Thatsache, dass von den Vertretern der verschiedenen Länder Schädigungen bekannt gegeben werden, welche aus dem habi-

tuellen Gebrauch von Nahrungsmitteln oder Getränken, die mit chemischen Mitteln conservirt sind, entstehen, drücken wir den Wunsch aus, die Anwendung dieser Mittel (Borax, Salicylsäure, Formol, Saccharin etc.) bei der Konservirung der Nahrungsmittel zu untersagen.

Szigeti-Temesvar. Fall von Selbstausschneidung des Kehlkopfs. Eine Wahnsinnige vermochte es, sich den Kehlkopf auszuschneiden. Da die grossen Schlagadern unverletzt blieben, lebte sie noch acht Stunden.

Albert **Bach**-Neuwyork: Die Rehabilitirung des Zeugnisses der ärztlichen Sachverständigen in Amerika.

B. beklagt die Thatsache, dass es in Amerika keine vereidigten Sachverständigen giebt, dass vielmehr jede Partei ihren ärztlichen Berather hat.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Folgen eines komplizirten Schädelbruches.
Rek.-Entsch. vom 21. Juni 1900.

Wilhelm H. aus B. bezog auf Grund eines im schiedsgerichtlichen Verfahren vom 17. Januar 1899 stattgehabten Vergleichs seit dem 1. September 1898 von der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft in Folge eines am 27. November 1897 durch Betriebsunfall erlittenen schweren Schädelbruchs 50 pCt. der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Durch Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 27. Oktober 1899 ist die Rente vom 1. November ab auf 25 pCt. der Vollrente herabgesetzt worden, weil nach dem Gutachten des Dr. Sch. vom 20. Oktober 1899 in den Verhältnissen des Rentenempfängers, welche für die Feststellung der Entschädigung massgebend gewesen sind, eine dementsprechende Aenderung eingetreten sei. Die Berufung des Klägers war von Erfolg nicht begleitet gewesen, nachdem der Bezirksphysikus Sanitätsrath Dr. L. ein Obergutachten erstattet hatte. Dr. L. hatte in seinem Gutachten u. A. Folgendes ausgeführt: H. hatte am 27. November 1897 durch Hufschlag einen komplizirten Schädelbruch erlitten. Bei der ersten Untersuchung klagte H. über Stiche im Kopfe, Schmerzen im Kinn, Schwindelgefühl und Gedankenlosigkeit. Es fand sich damals an krankhaften Erscheinungen eine druckempfindliche Narbe und starke Knocheneinsenkung, bezw. Furche am Schädel, Störungen des Gehens und Stehens, besonders Schwanken beim Augenschluss und eine gewisse Steifheit des rechten Beines. Zur Zeit der zweiten Untersuchung im Februar 1900 klagte er, im Kopf habe er beständig Schmerzen und zwar namentlich, wenn er schwer hebe und bei jedem Schritt auf der Treppe. Ebenso schmerze ihn das rechte Knie beim Tragen von Lasten und beim Gehen weiter Wege stark, sogar im Bette, wenn er die Lage des Beines verändere. Manchmal lege es sich ihm wie ein Schleier über die Augen. Im Dunkeln könne er wegen Schwankungen nicht gehen. Sein Gedächtniss sei noch immer sehr schlecht. Die Gesichtsfarbe findet Dr. L. gesund, die Muskulatur ist straff, die Hände sind arbeitshart. Bei Druck auf die Narbe zuckt der Kranke zusammen und äussert Schmerz. Nach mehrmaligem Drücken giebt er an, starke Kopfschmerzen zurückzubehalten. Der Puls ist kräftig und regelmässig. Der Gang ist noch vorsichtig, doch macht H. grosse Schritte, ohne auf den Weg zu sehen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt er etwas; er macht den Eindruck eines beschränkten aber nicht geistig defekten Menschen. Das Krankheitsbild hat sich wesentlich gemildert. Die grössere Festigkeit des Gesundheitszustandes des Klägers geht auch daraus hervor, dass inzwischen zwei volle Jahre ohne Eintritt anderer, das Gehirn betreffender Nachkrankheiten vergangen sind; auch die Schwindelerscheinungen sind geringer geworden; er geht jetzt sicher und ohne mit den Augen am Boden zu haften. Er verdient jetzt bei zehnstündiger Arbeitszeit 18 M. in der Woche; ganz schwere Arbeit wird man ihm noch nicht zumuthen können. Da der Verletzte möglicher Weise bei dauernder Ausübung des Kutscherberufs noch Beschwerden bekommen könnte, und sich ganz schwerer Arbeit noch nicht zumuthen kann, ist er noch um 25 pCt. in Folge des Unfalls vom 27. November 1897 erwerbsbeschränkt. Das Reichs-Versicherungsamt trug mit dem Schiedsgericht kein Bedenken, sich dem Gutachten des Bezirksphysikus Dr. L. anzuschliessen und machte geltend, nach diesem Gutachten ist in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Rente auf 50 pCt. der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit massgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung insofern eingetreten sei, als die Zeichen der Gehirnrindenreizung geschwunden, die objektiven Schwindelerscheinungen geringer geworden sind, und die inzwischen verflossene geraume Zeit dem Kläger die Gewähr bietet, dass er sich wieder stärkere körperliche Anstrengungen ohne Rückschläge in seinem Befinden zumuthen kann. Mit Recht hat daher die Genossenschaft gemäss § 65 des Unfallversicherungsgesetze die Rente von 50 auf 25 pCt. herabgesetzt. M.

Grad der Erwerbsverminderung bei schwerer Verletzung der linken Hand.
Rek.-Entsch. vom 18. Dezember 1899.

Der Häuer Robert W. verunglückte am 7. Januar 1899 auf dem der Mansfeld'schen Gewerkschaft gehörenden Martinsschachte bei der Strebarbeit durch niedergehendes Gestein. Er zog sich eine Zermalmung bezw. Quetschung der linken Finger, eine Verwundung des rechten Ellenbogens und verschiedene Kontusionen am Kopfe zu. Auf Grund des ärztlichen Gutachtens sprach der Sektionsvorstand dem Verletzten nach Entlassung aus dem Krankenhause eine Rente von 40 pCt. zu. Die hiergegen eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses hatten keinen Erfolg. Gründe:

Die Folgen des dem Kläger am 7. Januar 1899 zugestossenen Unfalls bestehen in dem Fehlen des ganzen Mittelfingers und eines Stücks des Endgliedes des vierten Fingers der linken Hand, in einer Herabsetzung der Beugefähigkeit der drei ausser dem Daumen noch vorhandenen Finger dieser Hand, in Folge deren der Zeigefinger 1 cm, der Kleinfinger 4 cm von der Hohlhand abbleibt, während der vierte Finger nur um die Hälfte gebeugt werden kann. Endlich ist in der Hohlhand eine von der Entfernung des Mittelhandknochens herrührende eingezogene Narbe vorhanden. Sind diese Unfallfolgen auch von erheblichem Einfluss auf die Gebrauchsfähigkeit der Hand, so kommen sie doch dem Verlust der Hand auch nicht annähernd gleich. Vielmehr ist dem Kläger, wie das R.-V.-A. auf Grund des Augenscheins annimmt, noch ein erheblicher Theil der Gebrauchsfähigkeit verblieben. Mit Rücksicht darauf, dass für den völligen Verlust der linken Hand nach der Rechtsprechung im Höchstfalle eine Rente von 60 pCt. derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit gewährt wird, erscheint deshalb der Kläger durch eine der ärztlichen Schätzung entsprechende Rente von 40 pCt. als ausreichend entschädigt.
(Compass.)

Grad der Erwerbsverminderung bei schwerer Verletzung der rechten Hand.
Rek.-Entsch. vom 1. Mai 1900.

Der Bergmann K. A. bezog in Folge einer am 17. Oktober 1898 auf Grube Viktoria erlittenen Verletzung der rechten

Hand seither die Vollrente. Der Sektionsvorstand hat diese Entschädigung vom 1. Dezember 1899 ab auf $^2/_3$ der Vollrente ermässigt. Die hiergegen erhobenen Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses wurden zurückgewiesen. Gründe:

Die Folgen des dem Kläger am 17. Oktober 1898 zugestossenen Unfalls bestanden und bestehen noch jetzt in dem Verlust des kleinen Fingers der rechten Hand, und in Versteifung aller anderen Finger dieser Hand und des Handgelenks. Wenn die Beklagte für diese Schädigung zunächst die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit gewährt hat, so lässt diese Rentenbemessung erkennen, dass dem Kläger Zeit gelassen werden sollte, sich an den veränderten Zustand zu gewöhnen und sich ihm hinsichtlich der Ausnutzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit anzupassen. Dies geht auch aus dem Gutachten des Dr. K. vom 21. Juni 1899 hervor, in welchem ausdrücklich die Gewährung einer Gewöhnungsrente für drei Monate empfohlen ist. Diese Rente nach Ablauf eines angemessenen Zeitraums, der von der Beklagten bis 1. Dezember 1899 bemessen ist, herabzusetzen und die neue Rente nunmehr dem wirklich vorhandenen Zustande anzupassen, ist die Beklagte nach § 65 des Unfallversicherungsgesetzes berechtigt.

Auch die Schätzung der durch die angegebenen Unfallfolgen bedingten Erwerbsunfähigkeit ist zutreffend. Denn, wenn die Brauchbarkeit der rechten Hand zur Arbeit auch ganz erheblich herabgesetzt ist, so kann doch nicht angenommen werden, dass sie für die Berufsthätigkeit völlig ausscheidet. Der Kläger ist zweifellos in der Lage und wird bei seinem jugendlichen Alter dies mit der Zeit noch weiter lernen, die Hand, wenn auch in sehr beschränktem Masse, zu gebrauchen. (Compass.)

Aus dem Bayerischen Landesversicherungsamt.

Zusammenhang zwischen Tod an Tuberkulose und Unfall wird bejaht.

In der Unfallversicherungssache des Holzhauers X. hat das k. Landesversicherungsamt in seiner öffentlichen Sitzung vom 11. Juli 1898 nach mündlicher Verhandlung zu Recht erkannt:

Der am 30. September 1859 geborene Holzhauer X. erlitt am 17. Oktober 1896 im forstwirthschaftlichen Betriebe durch einen Baumast eine heftige Kontusion des rechten Oberarmes, welche dazu führte, dass ihm der ganze Arm exartikulirt werden musste, weil der ganze Knochen bis an das Schultergelenke erkrankt war. Diese Operation wurde am 19. Februar 1897 vorgenommen. Auf Grund der Gutachten des prakt. Arztes Dr. H., sowie des k. Kreismedizinalrathes Dr. Y., in denen X. als vollständig erwerbsunfähig erklärt wurde, gewährte ihm die land- und forstwirthschaftliche Berufsgenossenschaft für den Regierungsbezirk Niederbayern die volle Unfallrente.

Allein inzwischen war X. am 13. September 1897 mit Hinterlassung einer Wittwe und fünf minderjähriger Kinder an Knochenkaries und dadurch verursachtem Kräfteverfall verstorben.

X. war bereits im Anfange des Jahres 1895 an Influenza mit Ausgang in chronische Pneumonie erkrankt. Später bildeten sich am Rücken und rechten Oberschenkel grosse Abszesse, welche aber ausheilten, so dass er Anfangs 1896 ausser Behandlung kam und sich wider Vermuthen so erholte, dass er im Sommer 1896 wieder zu arbeiten beginnen konnte. Nachdem er bei dieser Arbeit die oben erwähnte Kontusion des rechten Oberarmes erlitten und die exarticulatio humeri stattgefunden hatte, zeigten sich noch während der Ausheilung der Operationswunde am linken Oberschenkel Anschwellung und Schmerzhaftigkeit, es bildete sich Phlegmone und schliesslich nach Oeffnung die bei Knochenerkrankungen charakteristische Fistel mit mässiger Eiterabsonderung. Einige Wochen später zeigte es sich, dass der Prozess auch den rechten Oberschenkel ergriffen habe. Hier war der Verlauf von stürmischster Art. Mit Schüttelfrösten beginnend, unsägliche Schmerzen verursachend, kam es alsbald zur überreichen Eiterbildung und rapider Zerstörung des Knochens. Eine Amputation verbot sich von selbst; das hohe Fieber, die Schmerzen, der enorme Säfteverlust, die Diarrhoe führten dann am 13. Semptember 1897 das Ende des X. herbei.

Nach der Anschauung des prakt. Arztes Dr. H. handelte es sich bei X. um sogenannte multiple Ostermyelitis, die durch den Blutumlauf von dem einen kranken Knochen auf andere Knochen verbreitet worden sei. Solche Fälle seien zwar selten, gehörten aber zu den schlimmsten und führten meistens den gleichen traurigen Ausgang herbei. X. sei zweifellos schon vor dem Unfalle tuberkulös gewesen; der Prozess sei aber zum Stillstand gekommen und eine Art Ausheilung eingetreten gewesen, bis durch den Unfall ein Wiederaufblühen der Krankheit herbeigeführt wurde. Die erlittene Kontusion und die damit verbundene Entzündung der betroffenen Theile sei eine Gelegenheitsursache für die Lokalisation einer Infektion gewesen, welche von der Blutbahn aus in die betreffende Knochenstelle eindringend gedacht werden müsse und welche dann im weiteren Verlaufe auf die beiden Oberschenkelknochen übertragen worden sei. Erst in Folge der Kontusion sei der bisher latente Krankheitsprozess wieder akut geworden und deshalb sei der Tod des X., wenn auch nicht als direkte Folge des Unfalls, so doch als damit im Zusammenhange stehend zu erachten und anzunehmen, dass der letale Ausgang früher eingetreten sei, als dies sonst der Fall gewesen wäre.

Dagegen spricht sich der k. Kreismedizinalrath Dr. Y. in einem Gutachten von 30. Dezember 1897 dahin aus, dass der Tod des X. nicht als die Folge der Verletzung, sondern als die des schon vorher bestandenen krankhaften Zustandes anzusehen sei. Derselbe sei am 11. April 1897 als fast geheilt aus dem Krankenhause entlassen worden, die Operationswunde habe sich bis auf eine stecknadelgrosse Fistelöffnung, — die Folge eines zurückgebliebenen Operationsfadens — geschlossen gehabt und damit seien die Unfallsfolgen beseitigt gewesen. Erst darnach hätten sich die Abszesse an beiden Schenkeln gebildet, die zur reichlichen Eiterung und schliesslich unter Schüttelfrösten, Diarrhoen, somit durch Pyämie zu seinem Tode geführt hätten. Wäre X. nicht schon vor dem Unfalle tuberkulös gewesen, würden die späteren Erkrankungen an den beiden Oberschenkeln ausgeblieben sein.

Auf Grund des letzteren Gutachtens wurde von dem Vorstande der Berufsgenossenschaft mit Bescheid vom 31. Januar l. J. der Anspruch der Wittwe Anna X. und des als Vormund für ihre fünf Kinder bestellten Bauers M. W. von D. an Gewährung der Hinterbliebenenrente abgewiesen und diese Abweisung wurde vom Schiedsgerichte mit Entscheidung vom 4. Mai l. J. bestätigt.

Hiergegen legten die Wittwe und der Vormund rechtzeitig Rekurs zum k. Landesversicherungsamte ein, dessen Würdigung Folgendes ergeben hat:

Der k. Kreismedizinalrath Dr. Y. geht bei Verneinung des ursächlichen Zusammenhanges des Todes des X. mit dem Unfalle offenbar von der Annahme aus, dass der Tod die unmittelbare Folge des Unfalls und der letztere die alleinige Ursache desselben gewesen sein muss, da er den Satz aufstellt, dass, wenn nicht X. schon vor dem Unfalle tuberkulös gewesen wäre, die späteren Erkrankungen an beiden Oberschenkeln nicht eingetreten sein würden. Allein diese Annahme ist eine irrthümliche und widerspricht der Rechtsprechung des

Reichs- und k. Landesversicherungsamtes. Hiernach fallen vielmehr auch mittelbar, unter Mitwirkung hinzutretender ungünstiger Umstände sich entwickelnde Folgen den Trägern der Unfallversicherung zur Last, und genügt es, dass die bei dem Unfalle erlittene Verletzung eine von mehreren mitwirkenden Ursachen ist und als solche ins Gewicht fällt. Insbesondere besteht ein Anspruch auf Entschädigung auch dann, wenn wegen eines schon bestehenden Lungenleidens und insbesondere einer Tuberkulose die Folgen der Unfallsverletzung in wesentlich erhöhtem Grade schädigend wirken oder den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit oder des früheren Todes erheblich beeinflusst haben. (Handbuch der Unfallversicherung II. Aufl., S. 147, Not. 2; Mitth. des k. Landesversicherungsamtes Jahrg. 1889, S. 89, Ziff. 59, Jahrg. 1892, S. 57, Ziffer 231, Jahrg. 1896, S. 112, Ziff. 622).

Es kann deshalb nicht in Frage kommen, ob X. auch dann, wenn er sonst ganz gesund gewesen wäre, an der erlittenen Kontusion am rechten Oberarme gestorben sein würde, sondern es ist lediglich die Frage zu beantworten, ob der Tod wegen der Unfallsverletzung früher als sonst eingetreten ist, weil sie und die schon bestandene Tuberkulose miteinander die multiple Osteomyelitis und die Pyämie, an der er gestorben ist, verursacht haben.

Diese Frage wird vom k. Kreismedizinalrath Dr. Y. gar nicht beantwortet, wohl aber von dem praktischen Arzt Dr. H. mit aller Bestimmtheit bejaht.

Im gleichen Sinne hat sich auch Professor Dr. F. in B. in einem unterm 30. Juni 1897 an das R. V. A. erstatteten Gutachten (Amtliche Nachrichten Jahrg. 1898 Seite 340) ausgesprochen und die Entwickelung einer latenten Lungentuberkulose zu einer manifesten als Folge einer aussergewöhnlichen Muskelanstrengung erklärt.

Dieses Obergutachten und die Autorität seines Ausstellers, sowie die Praxis des Reichs- und k. Landesversicherungsamtes lassen es nicht als nothwendig erscheinen, noch ein weiteres Obergutachten einzuholen. Im Gegentheile gewinnt das k. Landesversicherungsamt aus dem wissenschaftlich eingehend begründeten und den thatsächlichen Vorgängen entsprechenden Gutachten des prakt. Arztes Dr. H. die volle Ueberzeugung, dass der Unfall vom 17. Oktober 1896 eine mitwirkende mittelbare Ursache des Todes des X. gewesen und dass dieser somit als Folge eines land- und forstwirthschaftlichen Betriebsunfalls zu erachten sei.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Das Prädikat Hofarzt oder Hofzahnarzt darf ohne Genehmigung nicht geführt werden.

Frl. R. bezeichnete sich auf einem Schilde an ihrem Hause als in Amerika approbirte Zahnärztin mit dem Zusatze Grossherzoglich Mecklenburgische Hofzahnärztin. Thatsächlich hatte sie das zuletzt erwähnte Prädikat erhalten. Sie hatte jedoch nicht die Genehmigung erhalten, jenes Prädikat in Preussen zu führen. Insbesondere hatte sich der Kultusminister prinzipiell gegen die nachgesuchte Genehmigung ausgesprochen. Es war dann gegen Frl. R. ein Strafverfahren wegen unbefugter Führung des Hofarzttitels anhängig gemacht worden, welches jedoch mit der Freisprechung der genannten Dame endigte. Diese suchte darauf nochmals beim Ministerium des Kgl. Hauses die Genehmigung zur Führung des Prädikats als Hofzahnärztin nach, wurde aber wieder abschlägig beschieden. Nunmehr untersagte ihr der Polizeipräsident, welcher sich vorher zu Gunsten der beregten Dame ausgesprochen hatte, das Prädikat Hofzahnärztin zu führen. Gegen diese Verfügung erhob Frl. R. Klage beim Bezirksausschuss, der indessen auf Zurückweisung des Rechtsmittels erkannte, da die Klägerin ohne Genehmigung des Landesherrn in Preussen sich das Prädikat Hofzahnärztin nicht beilegen dürfe. Diese Entscheidung focht Frl. R. durch Berufung beim Oberverwaltungsgericht an, welches jedoch die Berufung abwies und ausführte, aus Gründen des öffentlichen Rechts darf in Preussen Niemand eine Auszeichnung wie z. B. das Prädikat Hofzahnärztin ohne landesherrliche Genehmigung führen. Es verstosse gegen die öffentliche Ordnung, wenn eine Person sich einer solchen Auszeichnung ohne die erforderliche Genehmigung bediene; ein Einschreiten der Polizeibehörde auf Grund X. 2. 17. A. L.-R. erscheine demnach gerechtfertigt. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Emmert, Dr. Karl, o. ö. Professor der Staatsmedizin an der Universität Bern. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Leipzig, Georg Thieme. 1900. 535 S. Preis broch. 14,— M., geb. 15,20 M.

Von allen bisher vorliegenden Lehrbüchern der gerichtlichen Medizin zeichnet sich dieses dadurch aus, dass es ausser dem deutschen und österreichischen auch das Bernische Recht berücksichtigt. Obwohl an Umfang hinter den Werken von Hofmann und Strassmann zurückstehend, wird es doch auch den in der Gerichtsarzneikunde Bewanderten eine Fülle von Anregung bieten können, da ihm eine stattliche, zum grössten Theil bisher unveröffentlichte Kasuistik beigegeben ist, die der Verfasser in einem langen und erfahrungsreichen Wirken gesammelt hat.

Klar und fliessend geschrieben macht es überall den Eindruck des Eigenen, Ursprünglichen, Nicht-Epigonenhaften, während doch wieder neben der persönlichen Erfahrung eine umfassende Litteraturkenntniss, die auch dem Neuesten gerecht wird, unverkennbar ist.

Seiner Verbreitung als Lehrbuch wird freilich in Deutschland mancherlei im Wege stehen. Schon die Heranziehung so vieler fremdländischer Gesetzesbestimmungen mag manchem Lernenden als ein überflüssiger Ballast erscheinen. Eine Einzelheit, die erheblichen Abweichungen der Sektionstechnik von der Virchow'schen, im preussischen Regulativ niedergelegten, wird bei uns den Anfänger und besonders den Examenskandidaten sehr stören.

Die Gruppirung des Stoffes weicht im Allgemeinen nicht von der üblichen ab, nur bringt E. als dankenswerthe Zugabe zum Schluss einen Abschnitt: „Die ärztliche Praxis in forensischer Beziehung." Besonders liebevoll behandelt sind die Kapitel über die einzelnen Gifte. Es ist schade, dass gerade dieser Theil des Buches durch eine masslose persönliche Polemik gegen einen ebenbürtigen Fachgenossen verunziert ist. Verhältnissmässig am wenigsten konnten wir uns mit dem psychiatrischen Theil befreunden, der beispielsweise einen Vergleich mit Hofmann, selbst bei Berücksichtigung des geringen Umfangs nicht aushält.

Heimberger, Dr. Joseph, a. o. Professor d. R. in Strassburg. Strafrecht und Medizin. München 1899. C. H. Becksche Verlagsbuchhandlung. 65 ff. Preis 1,50 M.

Schmidt, Dr. Richard, Professor d. R. in Freiburg. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für verletzende Eingriffe. Jena 1900. Gustav Fischer. 60 Seiten. Preis 1,60 M.

Vor längerer Zeit hatten wir Gelegenheit, eine Schrift von Carl Stoos zu besprechen, die die strafrechtlichen Beziehungen ärztlicher Eingriffe zum Gegenstand hatte. Der Verfasser führte darin aus, dass ein in der Absicht zu heilen oder zu

lindern unternommener Eingriff niemals eine „Misshandlung“ oder „vorsätzliche Gesundheitsbeschädigung“ sein könne und daher auch den Thatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung (§ 223 R. St. G.) nicht erfülle. Diese Anschauung entspricht, wie nicht nur von uns, sondern auch sonst von ärztlicher Seite hervorgehoben worden ist (Angerer, Thiersch), den Bedürfnissen der Praxis vollkommen. Mit Genugthuung ist es zu begrüssen, dass sich auch Heimberger auf denselben Standpunkt stellt. Für denjenigen, der sich in die intimere Begründung der von beiden Rechtsforschern vertretenen Grundsätze vertiefen will, sei bemerkt, dass Heimberger zur Stütze derselben die früheren Gesetzgebungen der deutschen Einzelstaaten heranzieht.

Etwas eingehender müssen wir auf die Schrift von Schmidt zurückkommen, da sie zu wesentlich andern Ergebnissen gelangt. Schmidt ist mit den spezifisch juristischen Ausführungen seiner beiden erwähnten Vorgänger nicht einverstanden — es würde uns nicht anstehen, auf diesem Gebiete Kritik an seiner Schrift zu üben. Aber er hält auch praktisch jene Grundsätze für bedenklich, er meint, dass das Publikum zu wenig geschützt sei, wenn der gute Glaube des Arztes, dass er zum Nutzen des Kranken handle, den Thatbestand des § 223 ausschliesse. Wir haben vergeblich nach einer Begründung dieser Ansicht gesucht. Die Sätze von Stoos und Heimberger richten sich in der offenkundigsten Weise nur dagegen, dass der im guten Glauben behandelnde Arzt der vorsätzlichen Körperverletzung geziehen werde. Wenn er aus Unkenntniss, Ungeschicklichkeit oder Nachlässigkeit gegen seinen eigenen Willen den Kranken schädigt, so bleibt er keineswegs straflos, sondern wird, wie St. und H. nachdrücklich betonen, wegen fahrlässiger Körperverletzung nach § 230 Abs. 2 R. St. G. mit Geldstrafe bis zu 900 Mark oder mit Gefängniss bis zu 2 Jahren, und wenn durch die Fahrlässigkeit der Tod verursacht wird, mit Gefängniss bis zu 5 Jahren (§ 222 Abs. 2) bestraft. Dass in diesen Strafandrohungen kein genügender Schutz des Publikums liegt, wird Schmidt schwerlich beweisen können.

Schmidt versucht auf einem andern Wege, dem Arzte und dem Publikum gleichmässig Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. Er begründet das Recht des Arztes zu Eingriffen als ein Seitenstück des Züchtigungsrechts der Eltern und Erzieher. Die Operation sei zwar eine Körperverletzung, auch im Sinne des Gesetzes, aber ein Strafausschliessungsgrund sei vorhanden, wenn der Eingriff nach den Regeln der Erfahrung einen nützlichen Erfolg erwarten lasse. Zu fordern sei dafür ein neuer Gesetzesparagraph, der hinter die §§ 53 und 54 von der Nothwehr und dem Nothstande eingeschoben werden und ungefähr lauten müsse: Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn die Handlung durch die Nothwendigkeit ärztlicher Hilfe geboten war. U. s. w. Gegenwärtig dürfe man sich bereits auf ein in gleichem Sinne bestehendes Gewohnheitsrecht beziehen.

Damit wird der Begriff der Erfahrung der Entscheidung zu Grunde gelegt. Mit anderen Worten, das herrschende Dogma ist massgeblich dafür, ob eine strafbare Handlung des Arztes angenommen wird oder nicht. Schmidt sucht das Odium, welches auf einer derartigen Bestimmung von vorn herein ruht, dadurch zu mildern, dass er für jeden Fall ein Sachverständigen-Kollegium fordert, welches vom Richter nur danach zu fragen ist, ob die Behandlungsweise des Angeklagten medizinisch „möglich“ war. Er stellt uns auch in Aussicht, dass auf diese Weise eine Bekämpfung der gemeingefährlichen Formen des Kurpfuscherthums möglich sein wird.

Aber es ist doch ein Danaergeschenk, das uns da gegeben werden soll. Wir leben in einer Zeit der Umwälzungen auf ärztlichem Gebiete. Beständig tauchen neue Behandlungsmethoden auf, die bei den ersten Versuchen oft abseits von jeglicher Erfahrung stehen, nur auf theoretischen Erwägungen und allenfalls auf Thierversuchen beruhen. Ein Beispiel möge erläutern, was dem Arzte, besonders wenn er Unglück bei seinen Versuchen hat, nach Schmidt's Theorie bevorsteht.

Vor mehreren Jahrzehnten soll ein berühmter Augenarzt im Rheinland die Idee gehabt haben, die Kurzsichtigkeit durch künstliche Staarbildung und nachträgliche Entfernung der Linse zu heilen. Andere Grössen auf dem Gebiete der Augenheilkunde sollen ihm dringend und in den stärksten Ausdrücken davon abgerathen haben. Gesetzt den Fall nun, jener Dr. X. hätte trotz des Widerspruchs der herrschenden Meinung, trotz des Mangels an vorhandenen Erfahrungen über diesen Punkt die Operation ausgeführt, dieselbe wäre missglückt, das Auge wäre erblindet — so hätte er nach Schmidt eine vorsätzliche Körperverletzung begangen, die den Verlust des Sehvermögens auf einem Auge zur Folge gehabt hätte. Er hätte mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder mit Gefängniss nicht unter einem Jahr bestraft werden müssen. Und doch wäre er der Bahnbrecher einer Operation gewesen, welche heute für unzählige Menschen segensreich ist. Derartige Beispiele liessen sich häufen. Aehnliches Missgeschick konnte der Entdecker der Chloroformnarkose und viele Andern treffen. Sicherlich ist es nicht richtig, sich bei solchen Fällen mit der Unvollkommenheit alles geschriebenen Rechts zu trösten, sondern das Gesetz oder die Gesetzesauslegung, die solche Krassheiten begünstigt, ist im Allgemeinen unzweckmässig.

Schmidt selbst hat versucht, die arge Lücke, die hier besteht, auszufüllen. Er sagt: „Hält ein Arzt an einer durch die allgemeine Fachüberzeugung verworfenen Methode noch immer fest, oder steht er mit dem Glauben an eine neue, noch nicht rezipirte Methode mit Wenigen allein, so bleibt ihm für solche Fälle nichts anderes übrig, als sich der speziellen Einwilligung des Patienten zu versichern.“ Bezüglich dieser Einwilligung führt er am Schlusse seiner Schrift aus, dass an und für sich sowohl nach theoretischen Erwägungen wie nach der herrschenden Rechtsgepflogenheit nur solche Handlungen durch die Einwilligung straflos werden, die bloss körperliches Unbehagen verursachen, nicht aber blutige Eingriffe, Operationen. Freilich meint er, dass es billig wäre, die ärztliche Behandlung Einwilligender günstiger zu beurtheilen, als andere Verletzungen Einwilligender; er empfiehlt zu diesem Zwecke eine besondere Klausel, etwa: „Eine Verantwortlichkeit des Arztes fällt weg, wenn zu der Behandlung der Kranke oder dessen Angehörige zugestimmt haben“. Aber diese Klausel besteht thatsächlich noch nicht. Und wenn sie bestände, würden die Interessen der Kranken durch sie sicherlich mehr geschädigt sein, als durch die von Stoos vertretene Anschauung. Denn uns scheint, dass die Schmidt'sche Klausel das Hinterthürchen sein würde, durch welches nicht bloss der Kurpfuscher, sondern auch der fahrlässig Behandelnde dem Strafrichter entschlüpfen könnte. Und ungeheuerlich würde es trotzdem bleiben, dass ein in der bisherigen ärztlichen Erfahrung noch nicht verzeichneter, aber thatsächlich segensreicher Eingriff bei einem Nichteinwilligenden als „gefährliche Körperverletzung“ bestraft würde.

Goldmann, Dr. Hugo F., Bergarzt der Kohlengewerkschaft in Brennberg bei Oedenburg. Die Ankylostomiasie, eine Berufskrankheit des Berg-, Ziegel- und Tunnelarbeiters. Verlag von Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig. 1900. Preis M. 1,40.

Die vorliegende populär-wissenschaftlich gehaltene Abhandlung, deren lesenswerther Inhalt auf mehrjährigen eigenen

Erfahrungen des als Bergarzt thätigen Verfassers fusst, wird allen Aerzten, Beamten und Behörden, die sich mit der Bergwerkhygiene zu befassen haben, willkommen sein. Sie giebt ein sehr anschauliches Bild von dem Wesen der erst in den beiden letzten Jahrzehnten in ihren Einzelheiten genauer durchforschten Ankylostomiasis. In einer gut ausgeführten lithographischen Tafel werden die einzelnen Entwickelungsphasen des interessanten Parasiten bildlich dargestellt. Anhangsweise erörtert Verfasser die bisher noch nicht genügend aufgeklärte Frage, ob das Pferd als Vermittler bei der Verbreitung der Ankylostomiasis in Betracht kommt. Auch Verfasser kommt in Bezug auf diesen Punkt nicht zu einem abschliessenden Urtheil, glaubt jedoch die Thatsache betonen zu müssen, dass der in Rede stehende Parasit im Pferdemist die günstigsten Bedingungen zu seiner Entwickelung findet, weshalb es unter allen Umständen angezeigt ist, für thunlichste Beseitigung der Pferdeexkremente aus den Gruben Sorge zu tragen. —y.

Tagesgeschichte.

Die Unterbringung der Deliranten in Krankenhäusern.

In einer Mittelstadt Thüringens ist die Oberin des Städtischen Krankenhauses wegen fahrlässiger Körperverletzung auf Grund folgenden Thatbestandes verurtheilt worden.

Ins Krankenhaus wurde ein an Säuferwahnsinn Erkrankter zu einer Zeit eingeliefert, als der Anstaltsarzt nicht mehr zugegen war. Da der Kranke Milch zu sich nahm und sich waschen liess, so wird angenommen, dass seine Aufregung nicht allzu gross gewesen sein kann. Nichtsdestoweniger brachte ihn die Oberin auf eigene Faust in einer „Tobzelle“ unter, wo er ohne Bewachung blieb. Als ihn nach 19 Stunden der Arzt sah, fand er Verletzungen an dem Kranken und konstatirte ausserdem eine Lungenentzündung, der der Kranke bald erlag.

Die Sachverständigen führten aus, dass es ein durchaus zu verurtheilender Gebrauch sei, Kranke, die der Arzt noch nicht gesehen habe, zu isoliren. Im vorliegenden Falle sei die Isolirung gar nicht nöthig gewesen. Erschwerend falle ins Gewicht, dass augenscheinlich die Zelle nicht genügende Einrichtungen gehabt und dass der Kranke keine Wache erhalten habe.

Wir registriren dieses Urtheil zunächst deswegen, weil nie oft genug hervorgehoben werden kann, dass von Rechtswegen ausschliesslich auf ärztliche Anordnung in jedem Einzelfalle isolirt werden darf.

Aber darüber hinaus haben derartige Vorkommnisse noch eine weitere und grössere Bedeutung. Gesetzt den Fall, der Kranke wäre wirklich sehr erregt gewesen, und der Arzt selbst hätte seine Isolirung angeordnet — freilich wäre dann von keiner Seite eine Fahrlässigkeit begangen worden, aber ob das Schicksal des Kranken ein anderes gewesen wäre, das ist sehr zu bezweifeln. Denn es dürfte wenige allgemeine Krankenhäuser, besonders aus älteren Jahrzehnten, geben, in denen die sogenannten Tobzellen wirklich zweckmässig eingerichtet sind. Der Preussische Ministerialerlass vom 19. August 1895 fordert zwar in allen öffentlichen und in grossen und mittleren privaten Krankenhäusern das Vorhandensein eines „geeigneten Raumes mit den erforderlichen Einrichtungen für die vorübergehende Unterbringung eines Geisteskranken“. Aber wie sehen vielfach diese Räume aus! In irgend einem abgelegenen Theil des Untergeschosses findet man sie, verbarrikadirt mit doppelten Thüren, vielleicht gar noch mit eisernen Läden versehen und in Folge dessen völlig dunkel. Sind das nun geeignete Räume? Offenbar nicht, denn sie sind einer geeigneten Ueberwachung der Kranken durchaus hinderlich. Grade beim Säuferwahnsinn tritt aber die Unzulänglichkeit solcher Einrichtungen am schärfsten hervor, weil kaum eine andere Geistesstörung so mannigfache Gefahren (Selbstbeschädigung, Erschöpfung, Lungenentzündung) bietet, Gefahren, deren schlimme Folgen nur durch eine genaue Ueberwachung verhütet werden können.

Andererseits ist es für die Krankenhäuser ja auch eine recht schwierige Aufgabe, diese sehr unruhigen Elemente in geeigneten, leicht überwachbaren Räumen unterzubringen, ohne die Ruhe der anderen Kranken ernstlichen Störungen auszusetzen, und das Aufstellen besonderer Wachen für die betr. Kranken kann ungemein grosse Schwierigkeiten haben, ganz abgesehen davon, dass die Krankenhäuser doch nicht über geübte Irrenpfleger verfügen.

So stehen Deliranten und Krankenhäuser im Allgemeinen in unerquicklichster Wechselbeziehung.

Wir möchten meinen, dass grade in Bezug auf die Deliriumskranken, aber auch in Bezug auf andre Geistesgestörte, der von uns vorhin erwähnte Passus im Erlass von 1895 theils zu weit gehend, theils auch wieder nicht ausreichend ist. Was fehlt, das ist eine schärfere Kennzeichnung der Anforderungen, die an Art und Einrichtung des erforderten Raumes zu stellen sind. Will ein Krankenhaus durchaus nicht darauf verzichten, solche Kranke aufzunehmen, so soll es dafür Isolirzimmer schaffen, wie sie der heutige Stand der Wissenschaft erfordert: Helle, warme, gut zu überwachende und wirklich überwachte Räume. Aber es würde genügen, wenn jede grössere und mittlere Stadt eine derartige Einrichtung, etwa als Pavillon im Zusammenhang mit dem städtischen Krankenhause, hätte; den übrigen Krankenanstalten könnte die drückende Verpflichtung wohl abgenommen werden.

Die beste Lösung der Frage wäre, wenigstens für die Städte, in denen oder in deren Nähe eine Irrenanstalt sich befindet, dass die Deliranten gleich dorthin gebracht würden. Hier und da herrscht eine Art von Tradition, als wären die dem Säuferwahnsinn Verfallenen keine richtigen Geisteskranken, gehörten nicht in die Irrenanstalt und könnten eben so gut in einer beliebigen Sicherungszelle untergebracht werden. Nichts kann falscher sein als das. Ja wir vermuthen fast, dass die hohe Sterblichkeitsziffer dieser Kranken zum Theil auf diesem Behandlungsprinzip beruht.

Muss die Krankenkasse die durch eine Schieloperation entstandenen Krankenhauskosten tragen?

In einem von der D. Med. Pr. mitgetheilten Falle hat in Oesterreich das Ministerium die obige Frage bejaht, und zwar mit einer sophistisch scharfsinnigen Begründung: Ein Gebrechen wie das Schielen sei ja an und für sich keine Krankheit. Aber durch die Schieloperation sei bei dem betr. Kassenmitglied ein wirklicher Krankheitszustand hervorgerufen worden, und für die durch diesen bedingten Kosten müsse die Kasse aufkommen. Unerheblich sei der Einwand, dass der Operirte ja seine Krankheit selbst herbeigeführt habe: denn die Unterstützungspflicht der Kasse falle selbst dann nicht weg, wenn die Krankheit durch ein doloses Vergehen verschuldet sei, während im vorliegenden Fall der Wunsch operirt zu werden ein an sich berechtigter sei.

Krebs-Statistik.

Die Medizinalabtheilung des Kultusministeriums versendet an die preussischen Aerzte ein Schreiben des Komitees für Krebsforschung, das sich im Februar d. J. gebildet hat, worin die Aerzte aufgefordert werden, bei einer Zählung der Krebskranken im Deutschen Reiche mitzuwirken. Um umfassenderes und sicheres Material für die Beurtheilung der die Verbreitung des Krebses betreffenden Fragen

(s. S. 115) zu gewinnen, sollen die Krebskranken im Deutschen Reiche an einem und demselben Tage (gewählt ist der 15. Oktober d. J.) gezählt werden. Verwandt wird für die Aufnahme ein Fragekarton, der Folgendes enthält: Anfangsbuchstaben des Vor- und Familiennamens des Kranken, Alter, Beruf, Familienstand des Kranken, die Zeit, wann die ersten Zeichen der Krankheit aufgetreten, die Zeichen, auf welche die Annahme, dass Krebs vorliegt, sich stützt, das Organ, das zuerst befallen wurde und welche später erkrankten, Angaben darüber, ob Krebskrankheiten bei Voreltern oder Verwandten festgestellt wurden, ob Krebskrankheiten in derselben Wohnung, im selben Hause oder in der Nachbarschaft festgestellt wurden, ob eine Ansteckung oder sonstige Uebertragung anzunehmen ist, ob der Kranke Trinker ist oder einen Unfall erlitten hatte, und wo der Kranke in den letzten fünf Jahren wohnte. Sehr zweckmässig werden die Aerzte in dem Anschreiben gebeten, nur „das ihnen sicher bekannte“ anzugeben. Die ausgefüllten Fragebogen sollen bis zum 1. November d. J. an die Medizinalabtheilung des Kultusministeriums eingesandt werden.

Zur Pestgefahr.

Um gegenüber der Pest, die in letzter Zeit besorgnisserregende Fortschritte macht, nichts zu versäumen, sollen der „Kreuz-Ztg.“ zufolge die zu ihrer Bekämpfung erforderlichen Ausführungsvorschriften des Gesetzes vom 30. Juni 1900 schon jetzt, wenn auch nur in vorläufiger Weise, erlassen werden. Nachdem vom kaiserlichen Gesundheitsamte schon im Vorjahr Vorschriften über die zur Abwehr der Pest geeigneten Massnahmen auf Grund von Sachverständigenberathungen ausgearbeitet und den Bundesregierungen mitgetheilt waren, sind diese Bestimmungen nunmehr unter Anpassung an das inzwischen ergangene Gesetz, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, umgearbeitet und dem Bundesrath zur Zustimmung vorgelegt worden. In den Ausführungsbestimmungen ist u. A. für Personen, die sich kürzlich in einem von der Pest heimgesuchten Ort aufgehalten haben, eine von einem beamteten Arzt zu bemessende, aber nicht länger als 10 Tage seit dem letzten Tage ihrer Anwesenheit am Pestort dauernde Beobachtung in schonender Form vorgesehen. An der Pest erkrankte oder krankheitsverdächtige Personen sind zu isoliren, insoweit nicht der beamtete Arzt eine einfachere Beobachtungsart für ausreichend hält. Die Absonderung verdächtiger Personen darf nur auf höchstens 10 Tage angeordnet werden; alle Insassen eines Hauses, in dem ein Pestfall vorgekommen ist, sind — erforderlichenfalls durch Absonderung — einer Beobachtung zu unterwerfen und Wohnungen, in denen sich Pestkranke befinden, kenntlich zu machen. Veranstaltungen, die grössere Menschenansammlungen mit sich bringen, sind an Pestorten zu unterlassen, Verkaufsstellen in Pesthäusern zu schliessen und Gegenstände, durch die die Krankheit weiterverbreitet werden könnte, zu desinfiziren beziehentlich vom Verkehr auszuschliessen. Einfuhrverbote gegen inländische Pestorte sind nicht zulässig. Weitere Vorschriften regeln die Desinfektion der Pesthäuser und die Vertilgung von Ratten, Mäusen und sonstigem Ungeziefer, das als Pestträger gelten muss; endlich sind genaue Vorschriften über die Sektion und Beerdigung der an der Pest etwa Verstorbenen vorgesehen. Als Anlagen sind den Ausführungsbestimmungen Desinfektionsanweisungen, ein Entwurf von Vorschriften über die Arbeiten und den Verkehr mit Pesterregern, Grundsätze für Massnahmen im Eisenbahnverkehr zu Pestzeiten, sowie Grundsätze, die bei der Bekämpfung der Pest zu beobachten sind, beigefügt.

(National-Zeitung.)

Das Frauenstudium.

In Oesterreich sind nunmehr die Frauen unter den gleichen Bedingungen wie die Männer zum Studium der Medizin und zu dem der Pharmazie zugelassen. Für den selbständigen Betrieb einer Apotheke bedürfen sie der besonderen Genehmigung des Ministers.

Internationales Arzneibuch.

Eine schon vor langer Zeit angeregte Idee, die Schaffung eines internationalen Arzneibuches wird seit kurzem von neuem betrieben. Die belgische Staatsregierung ist es, die den Anlass zur Wiederaufnahme des alten Planes gegeben hat. Um die günstige Gelegenheit, die sich dadurch für die Verwirklichung eines langjährigen Wunsches der Pharmazeuten bietet, auszunützen, sind auf dem internationalen pharmazeutischen Kongresse in Paris auf die Anregung des Prof. Tschirch (Bern) folgende Grundsätze festgelegt worden: 1. Die geplante Konferenz zur einheitlichen Gestaltung der stark wirkenden Präparate hat nur dann einen Zweck, wenn wenigstens die hauptsächlich an der Sache interessirten Staaten (Belgien, Deutschland, Frankreich, England, Oesterreich, Russland und die Schweiz) und womöglich auch die übrigen Staaten durch mindestens zwei von ihren Regierungen abgesandte Delegirte vertreten sind, die Regierungen wenigstens der Hauptstaaten also von vornherein mit solcher Einigung einverstanden und gewillt sind, in die Sache einzutreten. 2. Die Konferenz wird nur dann zum Ziele führen, wenn ein genaues Arbeitsprogramm im Voraus ausgearbeitet wird und die leitenden Grundsätze, sowie die ins einzelne gehenden Vorschläge der belgischen Regierung für diese Einigung vor der Konferenz nicht nur den Medizinalverwaltungen der Staaten, die sich zur Beschickung der Konferenz bereit erklärt haben, sondern auch deren Ansichten eingeholt wird. 3. Zu der Konferenz sind auch je ein Vertreter der Akademien der Medizin und der pharmazeutischen Gesellschaften der betheiligten Länder einzuladen, und es erscheint wünschenswerth, dass der Gegenstand auch im Schosse dieser Körperschaften vorberathen wird. 4. Nur eine sorgfältig durch die einladende Regierung vorbereitete Konferenz von beglaubigten Delegirten der Regierungen einerseits und der pharmazeutischen Körperschaften andrerseits, nicht ein beliebig zusammengesetzter, ungenügend vorbereiteter pharmazeutischer Kongress kann das Ziel erreichen, dessen Erreichung von allen betheiligten Kreisen auf das lebhafteste gewünscht wird.

(Allg. Med.-Centr.-Z.)

Gegen die Zuziehung von Kurpfuschern bei Unfällen.

Unter diesem Titel bringt das Organ der Knappschaftsberufsgenossenschaft folgende kurze, aber inhaltsschwere Mittheilung. Zur Kenntniss der Berufsgenossenschaften ist es mehrfach gelangt, dass Personen, die in dem Rufe von Kurpfuschern stehen, sich auffällig und unter allerhand falschen Vorspiegelungen darum bemüht haben, die Behandlung Unfallverletzter zu übernehmen, was ihnen auch verschiedentlich gelungen ist. Da in allen diesen Fällen die Heilerfolge fast negativ gewesen sind, ist angeordnet worden, dass solche Personen unter keinen Umständen, auch wenn sie eine bedeutende Privatkundschaft haben sollten, für die Zwecke der Unfallversicherung bei Unglücksfällen herangezogen werden dürfen. — Es freut uns, dass die Herren Pfuscher Gelegenheit gehabt haben, ihren Werth einmal unter Verhältnissen zu demonstriren, die ihnen die Ausübung ihrer beliebten Suggestionswirkungen einigermassen erschweren. Da ist dann von der Ueberlegenheit über die Schulmedizin nichts mehr zu merken.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. — № 20. — Ausgegeben am 15. Oktober.

Inhalt:

Aus dem Rekonvaleszentenhaus Hannover.

Chronische Bleivergiftung und Unfall.

Von
Dr. Ferd. Bähr.

Am schwierigsten ist in der Unfallpraxis die Beurtheilung derjenigen Fälle, in welchen es sich um den Einfluss des Unfalles auf einen bestehenden, aber latenten Krankheitszustand handelt. Hierin kann unser positives Wissen nur durch die Mittheilung geeigneter kasuistischer Beobachtungen gefördert werden. In dieser Absicht sei auch die nachfolgende Krankengeschichte mitgetheilt.

Der Wächter W. S. von Clausthal, 45 Jahre alt, wurde am 23. August bei uns aufgenommen. Die Anamnese ergiebt, dass S. früher Hüttenarbeiter war, dass er anfangs der neunziger Jahre an chronischer Bleivergiftung erkrankte mit Erbrechen, Kolik und Lähmung beider Hände. Er hat mit dieser Erkrankung etwa acht Jahre zu thun gehabt und will in den letzten zwei Jahren keinerlei diesbezügliche Erscheinungen mehr gehabt haben.

Am 6. November 1899 fällt S. in eine Grube und zieht sich dabei einen Bruch des linken Vorderarmes in der Nähe des Handgelenks zu. Er wird an dieser Verletzung und deren Folgen bis in den Sommer dieses Jahres behandelt. Der behandelnde Arzt schreibt unter Anderem in einem Bericht vom 19. April 1900, dass sich wohl die Beweglichkeit der Hand gebessert habe, dass indess in letzter Zeit sich eine „rheumatische Affektion“ des Handgelenks eingestellt habe und dass in Folge dessen der S. immer noch um 50 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sei. Am 1. August 1900 wurde S. im Auftrage der Berufsgenossenschaft von einem weiteren Arzte untersucht, der zu dem Schlusse kam, dass S. wahrscheinlich der Simulation oder starken Uebertreibung sehr verdächtig sei. Es war hier ausgeführt, dass S. den passiven Bewegungen sehr energisch Widerstand entgegensetzte, dass er bei den leisesten Bewegungen stöhnte und ächzte und sich geberdete, als wenn er die wahnsinnigsten Schmerzen hätte. Zur Feststellung der Simulation resp. der Uebertreibung wurde er uns überwiesen.

Hervorgehoben muss werden, dass S. bei der Aufnahme, wie so oft, unter Alkoholwirkung stand und deshalb uns erst recht, insbesondere auf Grund des Vorausgegangenen, den Eindruck der grenzenlosen Uebertreibung machte. Er giebt an, dass das linke Handgelenk von Zeit zu Zeit dick anschwelle, das Handgelenk sei steif, bei Bewegungen knarre das Gelenk,

er habe beständig Schmerzen im Handgelenk. Bisweilen strahlen dieselben vom Oberarm nach der Hand hin aus.

Die ganze knöcherne Handgelenkgegend links ist sichtbar verdickt, in Sonderheit das untere Ende des Radius und der Ulna. Ausserdem ist der dorsovolare Durchmesser der Handwurzel vergrössert. Die ganze Handgelenkgegend ist angeblich schon bei leiser Palpation schmerzempfindlich. Eine wesentliche Weichtheilschwellung ist nicht vorhanden; ebenso erscheint die Beschaffenheit der Haut normal. Die Dorsalflektion der Hand zeigt $1/4$ Ausfall; Palmarflexion ist nur andeutungsweise aus einer Beugestellung von 15 Grad möglich, in der bei Ruhe die Hand gehalten wird. Der Vorderarm steht in Pronations-Horizontalstellung, weitere Pronation ist unmöglich, Supination bis zur Vertikalstellung der Hand ausführbar. Die Streckung der Finger ist normal. Beim aktiven Faustschluss bleiben die Fingerspitzen noch 5,5 cm von der Handflächenmitte entfernt, passiv können Klein-, Gold- und Mittelfinger leicht zur Berührung, der Zeigefinger bis auf 4 cm genähert werden. (Diese Beschränkung des Zeigefingers ist auf eine frühere Verletzung zurückzuführen.) Dabei äussert S., trotzdem der Faustschluss passiv mit grösster Leichtigkeit gelingt, die grössten, fast unnormalen Schmerzen. Die Beweglichkeit des Daumens ist um $1/3$ eingeschränkt. Der Vorderarmumfang misst links 26,2 zu rechts 26,4 cm. Die Sensibilität ist nicht nachweisbar verändert.

An den Zähnen Bleisaum, bei ausgestreckten Armen Tremor, im Uebrigen keine manifesten Erscheinungen einer Bleiintoxikation.

In der Folge war besonders auffallend das verschiedene Verhalten der Schmerzhaftigkeit der Hand, sodass sogar vollständig freie Intervalle angegeben wurden. In diesen war die Beweglichkeit des Handgelenks und der Finger so gut wie garnicht behindert. Die Schmerzanfälle wurden als ein krampfartiges Gefühl bezeichnet, das theils im Handgelenk seinen Sitz hatte, theils aber auch in den Flexoren des Unterarmes. Dabei war die Hand meist in Volarflexion gezogen. Diese „Anfälle" dauerten in der Regel einige Tage, um dann ebenso vorübergehend einem völligen Wohlbefinden Platz zu machen.

Erst das Typische in diesen Anfällen legte den Gedanken nahe, dass es sich hier um die Konsequenz der Bleiintoxikation handelte, dass wir es mit einer Arthralgia saturnina zu thun hatten, auf deren Symptomatologie ich hier nicht des Näheren einzugehen brauche. Da im Uebrigen keine Intoxikationserscheinungen nachweisbar waren, und die Arthralgie sich lediglich auf das durch den Unfall betroffene Gelenk und dessen Umgebung lokalisirte, so habe ich es nicht zweifelhaft gelassen, dass in diesem Falle durch den Unfall die Bleiintoxikation wieder in Wirkung trat. Wenn man von einer Lokalisation der Bleiwirkung selbst reden darf, so wäre es ja denkbar, dass unter den veränderten lokalen Cirkulationsbedingungen, wie sie ein derartiges Trauma immer mit sich bringt, das Handgelenk in besonderem Maasse der schädlichen Wirkung des Giftes ausgesetzt wurde. So wäre es wohl der Mühe werth, wenn Aerzte in Distrikten, wo gewerbliche Bleierkrankungen häufig sind, ihre Aufmerksamkeit auf die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch eine etwa bestehende Bleiintoxikation und umgekehrt richten würden. Wenn schliesslich im vorliegenden Falle der Zufall eines Zusammentreffens von Unfallsfolgen und Bleiintoxikationserscheinungen einwandfrei ausgeschlossen wäre, wenn analoge Fälle den hier angenommenen Zusammenhang erhärten würden, so würde damit in der vielumstrittenen Frage, wie die Arthralgie zu Stande kommt, meiner Ansicht nach der Schluss nahegelegt werden, dass es sich um die lokale Wirkung des Bleies handelt.

Aus der Poliklinik für innere Krankheiten des Herrn Prof. Dr. Litten-Berlin.

Ueber die Beziehungen zwischen Unfall und Diabetes mellitus.

Von
Dr. Rudolf Lennhoff,
Assistent der Poliklinik.

Lange Zeit, bevor die Unfallversicherungs Gesetzgebung die Aerzte nöthigte, dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Krankheiten und Verletzungen erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden, war durch Claude Bernard's Zuckerstich die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung von Diabetes mellitus erwiesen. In der Folge-Zeit wurde festgestellt, dass auch Verletzungen anderer Stellen des Gehirns, als des Bodens des IV. Ventrikels Zuckerharnruhr veranlassen können, sowie Verletzungen der Leber, des Pankreas, verschiedener Nervenstämme, ferner schwere Erschütterungen des ganzen Körpers, wie auch starke psychische Erregungen. Nichts destoweniger bietet die Begutachtung im Einzelfalle meist erhebliche Schwierigkeiten dar. Versucht man im gegebenen Falle aus der Literatur Aufklärung zu erhalten, so findet man, dass die Zahl der mitgetheilten gänzlich einwandsfreien Fälle eine ausserordentlich geringe ist. Selbst die ausgezeichneten neusten Bearbeitungen des Diabetes mellitus, so die von v. Noorden und Naunyn, wie auch das bezügliche, sehr eingehend behandelte Kapitel in dem Handbuch von Stern, vermögen, was die Art der mitgetheilten Fälle anbetrifft, dem Gutachter nur geringe Aufklärung zu geben. Handelt es sich um schwere Verletzungen, so tritt meist der neben den übrigen Folgeerscheinungen beobachtete Diabetes als ausschlaggebende Störung in den Hintergrund, bildet aber die hauptsächlich durch Zuckerharnruhr bedingte Berufsstörung die Grundlage der Begutachtung, so ist es nur selten möglich, mit Sicherheit nachzuweisen, dass die in Frage stehende Verletzung die Ursache der Erkrankung abgegeben hat. Gerade die ätiologisch klarsten Fälle kommen für den Gutachter am wenigsten in Betracht, da die wesentliche gemeinschaftliche Eigenthümlichkeit dieser Fälle darin besteht, dass die Zuckerausscheidung meistens sehr bald nachlässt und verschwindet. Diese Thatsache ist nur geeignet, die Schwierigkeit bei chronischem Diabetes noch zu erhöhen. Es kommt hinzu, dass nur ausnahmsweise des Fehlen von Zuckerausscheidung innerhalb einer angemessenen Zeit vor dem Unfalle mit Sicherheit nachgewiesen werden kann. Die Schwierigkeit wird noch grösser, wenn erst längere Zeit nach dem Unfalle der Urin zum ersten Male auf Zucker untersucht wurde, so dass dann die Möglichkeit offen bleibt, dass erst später und unabhängig von dem Unfall der Diabetes entstanden ist. Die Forderung von Stern ist daher nachdrücklichst zu unterstützen, dass möglichst bald nach jedem Unfall eine Urinuntersuchung vorgenommen wird. Auch die Begutachtung derjenigen Fälle macht häufig grosse Schwierigkeiten, bei denen der Unfall einen bestehenden Diabetes verschlimmert haben soll.

Dieser Stand der Dinge veranlasst mich, einen Fall mitzutheilen, welcher vor Kurzem der Begutachtung des Herrn Prof. Litten unterlag.

Ein städtischer Wassermesser-Kontroleur glitt am 13. Dezember 1899 beim Verlassen eines Hauses, nach Ausübung einer dienstlichen Handlung aus und kam zu Fall. Er klagte sofort über grosse Schmerzen im linken Hoden, war aber noch im Stande, sein Bureau aufzusuchen. Nach vier Stunden kam er nach Hause und legte sich sofort zu Bett. Am nächsten Vormittag begab er sich in eine Poliklinik, in

welcher starke Schmerzhaftigkeit und eine pflaumengrosse Geschwulst des linken Hoden festgestellt wurde. Nach Anwendung der verordneten Mittel liessen die Beschwerden am Hoden im Laufe des Tages nach, dagegen traten Nachts also vom 14. zum 15. Dezember, Magenschmerzen und Erbrechen auf, so dass ein Arzt ins Haus gerufen werden musste. Dieser ordnete am 21., weil die Beschwerden ständig zugenommen hatten, die Ueberführung in das Krankenhaus am Friedrichshain an. Im Krankenhause langte der Patient in comatösem Zustande an, im Urin wurde das Vorhandensein von 3 Prozent Zucker und geringen Mengen Eiweiss nachgewiesen, ausserdem wurde eine nicht sehr ausgedehnte Tuberkulose der Lungen diagnostizirt. Das Krankheitsbild wurde vom Coma diabeticum beherrscht, die charakteristischen Zeichen desselben nahmen zu, und am 23. Dezember Mittags trat im Coma der Tod ein. Die Sektion bestätigte die Diagnose in allen Theilen, ohne Neues zu Tage zu fördern.

Die genaue ärztliche Beobachtung dieses Falles gestattete mit Sicherheit den Schluss, dass der Verletzte im Coma diabeticum gestorben war, ohne das Bestehen des Diabetes hätte ihn also diese Todesart nicht treffen können. Somit blieben für die Begutachtung die zwei präzisen Fragen

1. steht der am 23. Dezember erfolgte Tod mit dem Unfall vom 13. Dezember in ursächlichem Zusammenhang, d. h. ist die Zuckerharnruhr durch diesen Unfall hervorgerufen worden, oder

2. erscheint die Annahme ausreichend begründet, dass der Unfall ein bereits vorhandenes Leiden wesentlich verschlimmert und dadurch das Ableben des Verletzten früher herbeigeführt hat, als es sonst zu erwarten gewesen wäre?

Die Frage zu 1 wäre sofort im negativen Sinne erledigt gewesen, wenn der Nachweis von einem Vorherbestehen des Diabetes zu führen gewesen wäre. Aus der Anamnese ergab sich aber hierfür keinerlei Anhalt. Von früheren Krankheiten konnte mit Bestimmtheit nur ermittelt werden, dass der Verletzte im März 1899, also etwa 9 Monate vor dem Unfall, in der chirurgischen Universitätsklinik wegen einer Mastdarmfistel operirt worden war. Insbesondere erinnerten sich die Hinterbliebenen nicht, dass er jemals über Beschwerden, die auf das Bestehen von Diabetes hindeuteten, geklagt hätte; er hatte in der Zwischenzeit keine Veranlassung gehabt, einen Arzt zu Rathe zu ziehen, und seinen Berufspflichten hatte er bis zum Unfall durchaus nachkommen können. Ueberdies ergab eine Anfrage in der chirurgischen Universitätsklinik, dass über den Befund von Zucker im Harn in der Krankengeschichte vom März 1899 nichts verzeichnet stand.

Es war also zu erwägen, ob diese Thatsachen genügten, mit Bestimmtheit das Vorherbestehen von Zuckerharnruhr zu verneinen, und ob wissenschaftliche Beobachtungen die Annahme gestatten, dass in Folge des Unfalles die innerhalb 10 Tagen zum Tode führende Erkrankung entstanden wäre.

Mangels jeden Beweises für das Vorherbestehen des Diabetes ist man, zumal bei einer Unfallbegutachtung, berechtigt anzunehmen, dass die Krankheit vordem nicht vorhanden war; durchblickt man die in der Literatur niedergelegten Fälle von angeblich traumatischem Diabetes, so wird man finden, dass vielfach mit viel weniger Berechtigung, als in dem vorliegenden Falle, die Präexistenz der Krankheit ausgeschlossen wird. Auch Stern sagt bei Zusammenfassung der Punkte, nach denen wir den Zusammenhang zwischen einem Unfall und Diabetes als wahrscheinlich annehmen dürfen, meines Erachtens mit Recht, dass die Präexistenz auszuschliessen ist, u. A. wenn keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen der Krankheit vor dem Unfall zu ermitteln sind . . . Für eine streng wissenschaftliche Betrachtung genügen aber die vorhandenen negativen Beweise nicht. Es ist durchaus möglich, dass der Verletzte schon längere Zeit zuckerkrank war, ohne entsprechende Beschwerden zu empfinden; auch die negativen Angaben in der Krankengeschichte der chirurgischen Klinik vom März 1899 sprechen nicht hiergegen. Es ist sehr wohl möglich, dass bei der einmaligen Untersuchung zufällig der Urin zuckerfrei war, bei der Natur des damaligen Leidens lag aber für regelmässige Untersuchungen keinerlei Veranlassung vor. Diese Möglichkeiten werden durch zahlreiche Beobachtungen in der Literatur bestätigt.

Weiterhin war zu erwägen, ob die Art des Unfalles und Charakter und Verlauf des hinterher beobachteten Diabetes einen Rückschluss auf ursächlichen Zusammenhang gestatteten. Ein solcher ist nur auf Grund zutreffender Experimente, oder bekannt gewordener, einwandsfreier Fälle ähnlicher Art möglich. Da dieselben an anderen Stellen, insbesondere an den bereits zitirten, in sorgfältiger kritischer Beleuchtung zusammengestellt sind, kann ich hier auf eine Wiederholung verzichten. Einen auch nur annähernd analogen Fall haben wir nicht gefunden. Die Mehrzahl der ähnlich schwer verlaufenden Fälle betrifft erhebliche Schädel- bezw. Gehirn-Verletzungen. So verzeichnet Stern in seiner Zusammenstellung einen Fall von Fischer, bei dem im Anschluss an eine komplizirte Schädelfraktur Glycosurie, Coma und nach 13 Tagen der Tod eintrat. Wenn die Verletzten aber eine Heilung der Verletzungen erleben, so pflegt eben meist die durch sie bedingte Glycosurie zu verschwinden, oder aber der Diabetes nimmt einen langsamen Verlauf. Die Art der Verletzung selbst spricht in unserem Falle nicht gegen einen ursächlichen Zusammenhang. Neben Schädelverletzungen sind in erster Linie schwere körperliche Erschütterungen und seelische Erregungen als Veranlassungen anzusehen. Inwieweit die Erschütterung, die unser Verletzter erfahren hat, eine schwere war, ist allerdings schwer zu sagen. Die Thatsache, dass er kurze Zeit hinterher in sein Bureau, von da nach Hause und am anderen Vormittag zur Poliklinik gehen konnte, lässt sie nicht gar zu schwer erscheinen. Der Sturz hatte aber eine schmerzhafte Kontusion des rechten Hoden zur Folge, und eine solche ist wohl geeignet, auf die Psyche in erheblichem Masse einzuwirken. Das Trauma konnte um so schwerer empfunden werden, als der Verletzte tuberkulös war und somit wahrscheinlich eine verminderte Widerstandskraft besass, selbst wenn die Tuberkulose vorher keine speziellen Beschwerden hervorgerufen hatte. Der Eiweissbefund und die ihn bedingenden Veränderungen in den Nieren lassen sich nicht verwerthen, da sie eine Begleiterscheinung des Coma sein können.

Wenn also die Art des Trauma wohl als geeignet angesehen werden kann, den Diabetes hervorzurufen, so spricht doch der Verlauf desselben gegen die plötzliche Entstehung; es wurde daher der Standpunkt eingenommen, dass wahrscheinlich der Diabetes schon vorher bestanden hatte. Eine gleiche Ansicht hatte der Vordergutachter geäussert. Die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges wird aber auch nicht zu bestreiten sein, sie würde noch grösser werden, wenn noch mehr Fälle ähnlicher Art zur Beobachtung und Veröffentlichung gelangen sollten.

Unter der Voraussetzung, dass die Zuckerharnruhr schon vor dem Unfall bestand, war die Beantwortung der zweiten zur Begutachtung stehenden Frage sehr einfach, denn jeder Arzt weiss aus seiner Erfahrung, dass schwere körperliche Anstrengungen, Erschütterungen, seelische Erregungen und dergleichen eine Steigerung der Zuckerausscheidung bewirken können. Und gerade das Coma pflegt sehr häufig durch derartige Ereignisse hervorgerufen zu werden. So sagt Naunyn: „Im allgemeinen ist der Diabetiker, wenigstens der Schwer-

kranke, weniger widerstandsfähig und erliegt leicht jedem Unfall" . . . Das Coma tritt auch bei niedrigem Zuckergehalt auf; meist gehen Störungen im Befinden voraus, Gemüthsbewegungen etc. Der Sturz, die Körpererschütterung, die Quetschung des Hoden und die mit dieser verbundenen Schmerzen und Gemüthserregung sind reichliche Veranlassungen, auch bei quasi latentem Diabetes ein Coma hervorzurufen.

Epileptisches Irresein nach Trauma. Diebstahl im Dämmerzustande.

Von
Dr. Marcinowski-Saarmund.

Nachstehend gebe ich die Geschichte eines Krankheitsfalls, der vom Standpunkte des gerichtlichen wie von dem des Unfallgutachters bemerkenswerth scheint, in der Form wieder, wie sie die praktischen Verhältnisse mit sich brachten.

In folgendem Schreiben forderte mich die Staatsanwaltschaft auf, über den vorliegenden Fall ein Gutachten abzugeben:

Der am 10. Januar 1870 in R. geb. Handarbeiter X. in R. ist beschuldigt, am 2. Februar 1898 vom Bahnhof R. einen Sack Kartoffeln im Werthe von 3 M. gestohlen zu haben. Der Diebstahl ist sofort entdeckt und der Beschuldigte in einem Böschungsgraben flach hinter dem Korbe liegend vorgefunden worden. Dem Arbeiter B. hat der Beschuldigte 10 M. geboten, wenn er ihn nicht anzeigen würde.

Der Beschuldigte giebt, ohne den Diebstahl zu bestreiten, vor, nichts von dem ganzen Vorfall zu wissen, und begründet das damit, dass er etwas angetrunken gewesen sei und noch an den Folgen einer schweren Gehirnerschütterung leide, die er sich im Jahre 1893 in R. in Folge eines Stosses mit dem Kopfe an eine Eisenschiene zugezogen habe.

Es komme noch jetzt des öfteren vor, dass er willenlos etwas vornehme, was er bei späterer Ueberlegung als unwahr und unerklärlich halte.

Nach einer Auskunft des Krankenhauses zu R. ist der Beschuldigte vom 1. bis 3. August 1893 wegen Gehirnerschütterung in diesem Krankenhause verpflegt worden. Bei seiner Aufnahme hat er dort angegeben, dass er mehrere Stunden in Folge des Stosses bewusstlos dagelegen habe.

Sie werden um Untersuchung des Beschuldigten und um ein Gutachten darüber ersucht, ob der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung seiner Geistesthätigkeit befunden hat, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Der Kgl. Amtsanwalt.

Mein Gutachten lautete:

Am 13. d. M. erschien bei mir der Arbeiter X., welcher mir persönlich bekannt ist, da ich ihn im Laufe des Winters wegen einer Verletzung am Bein behandelt habe und auch ein Gutachten über diesen Fall auszuarbeiten hatte. Ich habe schon damals an seinem Körper keine wesentlichen Abweichungen von der Norm gefunden, ich gehe deshalb gleich zur Untersuchung des hier hauptsächlich interessirenden psychischen Zustandes über.

X. giebt an, dass er von gesunden Eltern stamme, und dass in seiner Familie, auch bei den entferntesten Blutsverwandten, seines Wissens niemals Krämpfe oder geistige Störungen vorgekommen seien. Auch von seiner eigenen Jugendzeit sei ihm nichts Derartiges bekannt geworden, im Gegentheil sei er bis zum Jahre 1891 frisch und gesund gewesen. Er habe damals einen schweren Typhus durchgemacht, von dem er sich wieder gut erholt habe. Im Jahre 1893 habe sich dann der in den Akten bereits erwähnte Unfall zugetragen und zwar folgendermassen:

X. war in einer Ziegelei beschäftigt. Er führte einen kleinen Förderwagen in einem stark geneigten, mit Schienen versehenen Gange abwärts, glitt dabei auf dem schlüpfrigen, nassen Boden aus und sauste mit dem Schädel gegen eine eiserne Schiene, welche die Bedeckung der niedrigen Thür bildete und also quer verlief. Zunächst vermochte X. sich noch für wenige Minuten aufrecht zu halten und weiter zu schleppen, danach brach er bewusstlos zusammen und kam erst nach mehreren Stunden wieder zu sich, als er bereits im Krankenhause war. X. weist zur Bestätigung des Gesagten eine in der Höhe des Scheitels quer laufende, etwa 2 Zoll lange Knochenverdickung auf, welche von dieser Verletzung herrühre. Als Folgen derselben giebt er an, an Kopfschmerzen zu leiden, die namentlich in den ersten Monaten ungemein heftige waren. Er beschreibt dieselben als ein Gefühl, „als wäre ihm der Schädel zu eng, und als wolle etwas nach der Gegend der verletzten Stelle hinaus und wolle den Schädel zertreiben." Besonders heftig sollen die Schmerzen bei Erregungen und beim geringsten Alkoholgenuss sein. Ueberhaupt könne er auffallend wenig Alkohol vertragen, er selbst kaufe sich kaum für 10 Pfennige Schnaps in der Woche. Seine Arbeitskameraden neckten ihn häufig deswegen, nennten ihn geizig und trieben ihren Spott mit ihm, indem sie ihm heimlich Schnaps ins Bier gössen, weil sie wüssten, dass er dann Dummheiten und verkehrtes Zeug bei der Arbeit mache, ohne selbst darum zu wissen. Er habe oft bitten müssen, solches zu unterlassen, da er doch für seine den Arbeitern bekannte Gedächtnissschwäche nichts könne. Dieselbe äussere sich auch noch in mannigfacher anderer Weise. So sei es ihm mehrfach passirt, dass er sich auf einem ganz falschen Wege befunden habe. So habe er z. B. vor drei Wochen seinen Schwager in Grüna besuchen wollen, als er plötzlich zu dem Bewusstsein kam, dass er falsch gegangen und nach Mittelbach unterwegs sei. Selbst auf der Eisenbahn sind ihm derartige Dinge zugestossen. So wollte er vor 2 Jahren von Freiberg nach Siegmar fahren und befand sich plötzlich in einer fremden Stadt, ohne zu wissen, wie er dahin gekommen sei; geschlafen habe er in der Bahn sicher nicht, die Stadt sei Glauchau gewesen. Was das Fortnehmen ihm nicht gehöriger Gegenstände anbeträfe, so sei auch dies ihm mehrfach passirt. Er habe wiederholt aus der Kneipe Schnapsgläser und ähnliche Sachen mitgebracht, oder vielmehr man habe dieselben nachher zu Hause in seinen Taschen gefunden. Er selber habe niemals auch nur einen Schimmer von Erinnerung gehabt, wie diese Sachen in seine Taschen gekommen seien. Er hätte meist geglaubt, man habe sie ihm scherzweise hineingesteckt, man hätte ihm indessen stets versichert, dass dies nicht der Fall gewesen sei. Bei dieser Gelegenheit giebt X. in gewissem Widerspruch mit seiner oben behaupteten Solidität zu, des öfteren die Kneipe aufgesucht zu haben. Das käme meist an Lohntagen vor, und er wisse, dass er dann häufig ohne Geld heimkomme, ohne indessen hinterher angeben zu können, wofür er dasselbe verwendet habe. Er glaube, dass er es auch manchmal liegen gelassen oder sonst wie verloren habe. Er gäbe infolgedessen das Geld immer seiner Frau ab und stecke nur ganz wenig zu sich, da er in seiner „Gedankenschwäche" für den Verbleib desselben nicht einstehen könne und sich erfahrungsgemäss bei Besitz von Geld betrinke. Ueber die Aussagen befragt, die er in Betreff des Kartoffeldiebstahls zu Protokoll gegeben habe, zeigt er im Gegensatz zu den bisherigen Aussagen eine gewisse Unruhe, und will sich auf die Einzelheiten desselben nicht recht besinnen können. Zu der Thatsache selbst meint er, dass er es nicht recht bestreiten könne, die Kartoffeln genommen zu haben, wie er aber dazu gekommen sei, sei ihm völlig unver-

ständlich. Er könne sich die Sache nur so erklären, dass er auch hier in einem Anfall von „Gedankenschwäche" gehandelt habe, ohne dabei zu wissen, was er that, ähnlich, wie es ihm bei den oben erwähnten Unregelmässigkeiten und Verkehrtheiten in der Arbeit passire. Auch hier habe er, da er eben Lohn erhalten, Geld in den Händen gehabt, und Alkohol, wenn auch nur sehr wenig, zu sich genommen.

Von Krampfanfällen oder Zuständen, in denen man ihn irgend wo bewusstlos oder liegend aufgefunden hätte, weiss er nichts anzugeben und leugnet deren Vorkommen. Objektiv sinnfälligere Zeichen von Erkrankung, speziell Zungennarben und Spuren von Verletzungen, Zittern der Hände etc. sind nicht nachzuweisen.

Diese Angaben wurden nun nicht etwa in dieser fliessenden Form gemacht, die ich ihnen mit einer der klareren Erfassung dienenden Absichtlichkeit gegeben habe. Sie wurden im Gegentheil sehr schwerfällig gemacht, und mussten mühsam aus ihm heraus geholt werden; nur einzelne kleine Episoden erzählte er ruhig und vollständig. Die ganzen Angaben machen durchaus nicht den Eindruck des Absichtlichen, schon weil man die Daten schwer herausbekommt, auch nicht den, als ob sie ihm von jemand Anderem in den Mund gelegt wären. Die Art meiner Fragestellung war mit auf diese Gesichtspunkte besonders zugeschnitten. Im Gegentheil erzählte er alles mit einer gewissen kindlichen Heiterkeit, wenn man ihn auf etwas gebracht hatte, ohne dabei im Geringsten den Versuch zu machen, den Dingen eine Darstellung zu geben, die zu seiner Vertheidigung dienen könne. Es macht sogar den Eindruck, als sei ihm der Zusammenhang zwischen all diesen Vorkommnissen nicht ohne Weiteres klar, wie er denn überhaupt entschieden ein sehr beschränkter Mensch ist.

Zur Feststellung des Werthes dieser Angaben hielt ich es für nothwendig, noch andere Personen als den Kranken selbst über dessen Verhalten zu befragen, und zwar seinen Arbeitgeber Herrn Bauunternehmer M. und seine Ehefrau.

Herr M. giebt an, ohne zu wissen, um was es sich handelt, dass ihm X. stets als ein sehr simpler, stupider Mann aufgefallen sei; seine Arbeit habe er gut verrichtet, indessen sei es ihm häufig so vorgekommen, als ob X. betrunken gewesen sei.

Die Ehefrau des X. ist ganz im Gegensatz zu ihm eine frische, kräftige Erscheinung, die sich der ganzen Angelegenheit sehr schämt. Sie giebt an, dass sie ihren Mann vor dem Unfall kennen gelernt habe, und zwar haben sie sich in einer Gastwirthschaft verlobt, in der sie im Dienst war. X. sei damals einer der fröhlichsten und trinkfestesten Burschen gewesen. Seit dem Unfall sei er ein ganz anderer Mensch geworden, so simpel, so still und unumgänglich. Sie habe oft gesagt, dass sie gar keinen richtigen Mann habe, sie müsse sich um Alles selber kümmern und sorgen. Die Angaben X. bez. des Geldes bestätigt sie. Sie dürfe ihn auch sonst in nichts um Rath fragen oder ihm mit Wirthschaftssachen kommen; dann werde er sofort verdriesslich und ungeduldig, verlange Ruhe, sie solle nur machen, was sie für gut halte und ihn zufrieden lassen. Das sei ihm also Alles schon zu viel. Oft bekäme er dann wieder seine Kopfschmerzen, die manchmal sehr heftig seien; sie kühle ihm dann den Kopf mit kaltem, Wasser, was ihm einige Erleichterung gäbe. Die Angaben ihres Mannes betreffs des Gläserdiebstahls und dergleichen bestätigt sie alle, besonders auch, was X. über die Wirkungen des Genusses geistiger Getränke gesagt hat. Es sei ganz merkwürdig, wie wenig er vertrüge, während er doch früher ohne Schaden so viel trinken konnte. Er komme ihr selber oft so dösig vor, oft wie nicht recht bei sich, wogegen er dann zeitweise auch wieder bessere Tage habe. Im Gegensatz zu den Aussagen des Mannes bestreitet sie mit Entschiedenheit, dass man ihn niemals liegend oder bewusstlos gefunden hätte. Von Krampfanfällen wisse sie zwar auch nichts, wenigstens habe es ihn niemals dabei geschüttelt, aber er sei wiederholt vor ihren eigenen Augen ohne Grund plötzlich hingestürzt und bliebe dann Minuten lang starr und steif liegen. Erst kürzlich sei er bald nach dem zu Bett Gehen ohne jede erkennbare Veranlassung aus dem Bett aufgestanden und sei dann mitten in der Kammer in der eben beschriebenen Weise hingeschlagen. Nachdem er aus diesem Zustand erwacht war, stieg er ruhig wieder ins Bett, ohne von dem ganzen Vorgang eine Ahnung zu haben. Viel reden könne man dann überhaupt nicht mit ihm, denn er sei dann ganz dösig; erst am nächsten Morgen habe sie ihn gefragt, aber da habe er sich erst recht an nichts mehr erinnern können; so sei das stets. Sie merke es übrigens schon an seinem ganzen Benehmen, wenn so etwas im Anzuge sei. Auch an dem Abend, wo er die Kartoffeln gestohlen haben solle, hätte er zu Hause kein Wort gesprochen, er sei wie geistesabwesend gewesen und hätte sogar die Kinder nicht beachtet; sie seien für ihn wie Luft gewesen, während sie sonst seine grösste Freude im Leben wären und er so gerne mit ihnen spiele. Die Kinder wären wiederholt auf ihn zugekommen und hätten mit ihm anbinden wollen, er habe sie aber garnicht gesehen. Von der Angelegenheit selbst habe sie erst später erfahren.

So weit im Wesentlichsten die Aussagen der Eheleute, aus welchen hervorgeht, dass es sich hier zweifellos um eine typische Erkrankungsform handelt, deren Symptome die Leute ohne inneren Widerspruch geschildert haben.

Bei der Beurtheilung derselben handelt es sich nun m. E. nach um zwei Punkte:

1. Leidet X. überhaupt an Zuständen, in denen er im Stande ist, bei vorübergehender Bewusstseinstrübung einen Diebstahl zu begehen?
2. Ist in dem genannten konkreten Falle die Annahme berechtigt, dass es sich dabei um eine solche Bewusstseinsstörung handelt?

Die erste Frage ist zunächst unbedingt zu bejahen. Nach der Untersuchung des Mannes und den Angaben der Frau halte ich es für erwiesen, dass X. an wesentlichen Störungen seiner Verstandesthätigkeit leidet. Sein Zustand lässt unschwer und ohne jeden inneren Widerspruch ein typisches Krankheitsbild erkennen, welches wir mit dem Namen epileptisches Irresein bezeichnen. Die grosse Gruppe der epileptischen Erkrankungen umfasst eine Reihe von Erscheinungen, die sich bei den verschiedenen Fällen in sehr grosser Mannigfaltigkeit äussern, und welche sich der Hauptsache nach in den bek. epileptischen Krämpfen und in vorübergehenden eigenthümlichen Geistesstörungen bekunden. Die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen wird noch dadurch erhöht, dass die einzelnen Symptome gewissermassen für einander eintreten können und deshalb z. B. die ganze Hauptgruppe der Krampfanfälle in einem solchen Krankheitsbilde fehlen kann. Dasselbe besteht dann lediglich aus den erwähnten vorübergehenden Geistesstörungen, welche demnach theils zusammen mit Krampfanfällen, vor oder nach solchen, als prä- oder postepileptisches Irresein auftreten, oder an Stelle des Krampfanfalles als sogen. epileptische Aequivalente. Diese letzte Form der Erkrankung entsteht erfahrungsgemäss häufig nach Kopfverletzungen, und zwar unabhängig von der Schwere derselben. Die geistigen Störungen haben das mit den eigentlichen Krämpfen gemein, dass die Kranken nach Ablauf der Erscheinungen keine Erinnerung an dieselben besitzen. Sie wissen also auch nicht, was mit ihnen in einem solchen Zustand vorgegangen ist oder was sie selber getrieben haben. Nur gleich nach Ablauf des Zustandes geistiger Störung, gewissermassen im Abklingen desselben, besteht

manchmal ein schwaches Erinnern, welches später verlöscht, Im Uebrigen charakterisirt sich ein solcher psychischer Anfall, als eine vorübergehende Trübung des Bewusstseins, von leichter Benommenheit bis zu heftigen Delirien, von leichten Schwindelanfällen bis zur schweren völligen Ohnmacht alle Grade aufweisend. In solcher Benommenheit verstehen die Leute an sie gerichtete Fragen nicht und geben falsche Antworten handeln augenscheinlich verkehrt und sichtlich unter dem Eindruck hallucinatorischer Vorgänge. Diese Handlungen sind demnach nicht an sich unvernünftige, sie basiren nur auf lebhaften Sinnestäuschungen, werden also immerhin durch Affekte und Vorstellungen geleitet und lassen deshalb auch meist ein gewisses Ziel, eine gewisse Zweckmässigkeit erkennen. Manchmal wird man erst beim genaueren Beobachten inne, dass es sich dabei um einen traumhaften Zustand handelt, der den Kranken momentan unzurechnungsfähig erscheinen lässt. Man bezeichnet diese Zustände mit einem Wort, welches sie vorzüglich und treffend charakterisirt, als Dämmerzustände.

Am Häufigsten kommt es in solchen Anfällen zu vier Gruppen von Handlungen, welche die Kranken in Konflikt mit der Oeffentlichkeit bringen; diese sind 1. Brandstiftung, 2. Wegnahme von in der Nähe befindlichen fremden Gegenständen, also Diebstahl, 3. unsittliche Handlungen (Exhibitionismus, Sittlichkeitsvergehen mit Kindern, Nothzucht), 4. Körperverletzung bezw. Totschlag. Dann wieder ist in den Anfällen nichts von eigentlichem Handeln zu erkennen, sondern die hochgradige Benommenheit ist das Ueberwiegende, die Bewusstseinstrübung steigert sich zum sog. epileptischen Stupor. Auch in der Zeitdauer der einzelnen Anfälle und Zustände besteht eine unendliche Mannichfaltigkeit, von wenigen Augenblicken können sich dieselben über Tage, ja über mehrere Wochen erstrecken. Das Vorkommen, auch das nur einmalige, solcher Dämmerzustände mit oder ohne periodisch auftretenden Krämpfen ist entscheidend für die Diagnose: Epilepsie. Eine grosse Rolle in dieser Krankheit spielt ferner der Alkohol. Einmal ist das Auftreten schwerer Epilepsie bei chronischem Alkoholismus nicht selten, weit häufiger aber und überzeugender ist die verderbliche Wirkung, welche selbst sehr geringe Alkoholgaben bei bestehender Epilepsie auszuüben pflegen. Das epileptische Gehirn ist in seiner erhöhten Erregbarkeit eben besonders intolerant gegen das Alkoholgift, und so wird bereits eine kleine Menge geistiger Getränke zur Ursache des Ausbruches von Krampfanfällen und schweren Ohnmachten oder von Dämmerzuständen der beschriebenen Art.

Ausser diesen periodischen Störungen bildet sich nun aber noch eine dauernde Veränderung des ganzen psychischen Individuums heraus, die wir in schweren, lange bestehenden Fällen selten vermissen: die typische Veränderung des ganzen Charakters der Kranken. Erstens leidet die Verstandesthätigkeit, die Leute werden beschränkt, ihr Vorstellungsschatz verarmt, sie werden schliesslich schwachsinnig. Zweitens aber erleidet das Gemüth eine tiefe Umwandlung, auch da, wo die Verstandesthätigkeit noch nicht beeinträchtigt ist. So bildet sich eins der hervorstechendsten Symptome heraus, der degenerirte Charakter der Epileptischen, der sich als verdriesslich, mürrisch, launenhaft, empfindlich, rechthaberisch, bornirt, eigensinnig, reizbar, hochgradig egoistisch bezeichnen lässt.

Unschwer wird man in diesen Aeusserungen der Krankheit das Bild unseres X. wieder erkennen.

Wir erfuhren von ihm, dass er ein fröhlicher, trinkfester Bursche war, bis er sich eine schwere Kopfverletzung zuzog. Von diesem Zeitpunkt datirt die weitgehende, von der Frau in ganz charakteristischer Weise geschilderte Veränderung seines ganzen Gemüthslebens und seiner Verstandesthätigkeit; seine Beschränktheit fällt auch ferner Stehenden auf. Die Bezeichnung „dösig“ greift schon mehr in das Gebiet der Dämmerzustände über, welche hier in mannichfacher Form und stark gehäufter Zahl auftreten und als typische epileptische Aequivalente zu bezeichnen sind. Alle Grade sind vertreten: schwere vollständige Bewusstseinsstörungen, starke Benommenheit, tiefe Ohnmachten, wie sie die Frau am Abend des Diebstahls und bei den nächtlichen Vorkommnissen beobachtet hat; ferner leichtere Bewusstseinstrübungen und Dösereien, aus denen er plötzlich erwacht und sich erstaunt einer zunächst unverständlichen Situation gegenüber befindet, wie bei seinem wiederholten Verlaufen; ferner verkehrte Handlungen auf Grund lebhafter Sinnestäuschungen, wie er sie namentlich in Folge von Alkohol bei der Arbeit oder in der Kneipe begangen hat. Des weiteren ist bezeichnend für sein Leiden die auffallend grosse Intoleranz den geringsten Alkoholgaben gegenüber und das Fehlen jeglichen Erinnerns an die betreffenden Vorgänge. Nach dem Gesagten halte ich es für erwiesen, dass X. an epileptischem Irresein leidet.

Wenn man nun zweitens entscheiden soll, ob der beregte Kartoffeldiebstahl in einem Zustand von Unzurechnungsfähigkeit begangen ist, so hat man sich die Frage vorzulegen, ob ein solcher Diebstahl in den betreffenden Zuständen überhaupt möglich ist. Auch diese Frage ist zu bejahen. Die wissenschaftliche Erfahrung kennt ähnliche Fälle in Menge. Wir haben Beispiele, in denen die Dämmerzustände sich über längere Perioden erstrecken, und die darin vorgenommenen Handlungen entbehren dabei keineswegs des Zweckmässigen, wie weiter oben bereits auseinander gesetzt wurde. Die Handlungen können dabei sehr komplizirte sein, und es giebt naturgemäss eigentlich nichts, was ein solcher Kranker in solchem Zustande nicht thun könnte. Somit kann er sehr wohl den Kartoffeldiebstahl in einem Zustande begangen haben, der seine freie Willensbestimmung ausschloss. X. hatte tagsüber in der Nähe der mit Kartoffeln beladenen Lowre gearbeitet, er hatte als am Lohntage Geld in die Hände bekommen und Lagerbier getrunken, der Alkohol versetzte ihn in den als Dämmerzustand beschriebenen Zustand von Geistesstörung, Affekt und Vorstellung zogen ihn dumpf bewusst zu den Kartoffeln zurück, er beging den Diebstahl, ohne dabei noch das klare Bewusstsein eines solchen zu haben.

Bis hierhin lässt sich alles zwanglos mit dem Begriff der Dämmerzustände vereinigen; aber was X. weiter that, das Verstecken im Graben und die Worte, welche er dem Arbeiter gegenüber geäussert hat, der ihn abfasste, lassen es dem Laien zunächst als vollkommen undenkbar erscheinen, dass wir es hier mit einer momentanen Geistesstörung zu thun haben sollten, da gerade die charakteristische Bewusstseinstrübung zu fehlen scheint, wo jeder Schritt, jedes Wort, die Angst u. s. w., die volle Einsicht des Verwerflichen der Handlung scheinbar klar erkennen lässt. Demgegenüber die Verantwortlichkeit abstreiten und einen Zustand von Willenlosigkeit behaupten zu wollen, wird der Laie stets für ein Unding halten; denn — so argumentirt er — hätte der Mann in geistiger Verwirrung gehandelt, so würde er die Kartoffeln mit anscheinender Frechheit offen heimgetragen haben, und würde sehr verwundert dreingeschaut haben, wenn man ihm das hätte verwehren wollen. Mit dem Moment aber, wo er dem Entdecker für sein Stillschweigen Geld bietet, gäbe es keine krankhafte Bewusstseinstrübung mehr, welche das entschuldigen könne. Und dennoch muss die ärztliche Erfahrung dem allen widersprechen und die volle Unzurechnungsfähigkeit für den ganzen Komplex der Handlungen behaupten, welche durch ihre Zweckmässigkeit und Geriebenheit nichts an dem für Dämmerzustände Charakteristischen einbüssen.

Die zweite Hauptfrage des Gutachtens, wie sie eben auf-

gestellt war, ist demnach ebenso zu bejahen, wie die erste. Der Umstand, dass X. an diesem Abend schwere Zeichen von Benommenheit gezeigt hat, spricht mit grosser Wucht für diese Beurtheilung der Sachlage, welche sich aus den Wirkungen des Alkohols heraus entwickelte, wie wir diese bei ihm kennen gelernt haben. Von da, wo dieselben erfahrungsmässig bei ihm eintreten, bis zu dem Zustande, wie ihn die Ehefrau für die auf den Diebstahl unmittelbar folgenden Stunden schilderte, ist keine Unterbrechung des Dämmerzustandes eingetreten.

Ich fasse nach diesen Ausführungen mein Gutachten dahin zusammen, dass X. in Folge der erlittenen Kopfverletzung an sogen. epileptischem Irresein leidet, im Verlauf welcher Krankheit Zustände von Bewusstseinsstörung vorkommen, in denen beispielsweise auch Diebstähle häufig sind. Die näheren Umstände, unter denen der vorliegende Diebstahl erfolgte, gestatten nach medizinischem Wissen den Schluss, dass derselbe in einem solchen Dämmerzustande geschehen ist. Demnach hat X. sich zur Zeit des Diebstahls in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Referate.

Allgemeines.

Zur Diagnose des Hungertodes.

Von Dr. H. Dünschmann-Wiesbaden.
(M. M. W. 1900, No. 39.)

Gegenüber Hartmann, über dessen Aufsatz wir kürzlich berichteten, ist D. nicht der Meinung, dass die Erkennung des Hungertodes gar so schwierig sei und dass die Versuche Cettis und anderer Hungerkünstler hierfür kein brauchbares Material geliefert hätten. Es ist vielmehr grade durch diese Versuche mit Sicherheit festgestellt, dass sich im Harn Verhungernder bezw. Verhungerter, solange keine starke Zersetzung eingetreten ist, Acetessigsäure findet, die durch die Eisenchloridprobe nach Gerhardt leicht nachzuweisen ist. Eine noch schärfere Probe auf jene Säure hat Arnold neuerdings angegeben, nämlich mit Paradiazoacetophenon, aber die Gerhardt'sche dürfte in der Praxis ausreichen. Gerade in dem Hartmann'schen Falle war die Grundbedingung der Anwendbarkeit dieser Probe erfüllt, da die Blase klaren, nicht übelriechenden Harn enthielt.

Ueber die Darstellung der Spuren von Messerscharten.

Von Prof. Dr. Kockel-Leipzig.
(Arch. f. Krim. 27. IX. 1900.)

In den strafrechtlichen Fällen, in denen festzustellen ist, ob die an irgend einer Stelle vorgefundenen Schnittspuren mit einem bestimmten Messer hervorgebracht sind, können die an dem betreffenden Messer vorhandenen Scharten von ausschlaggebender Bedeutung für die Ermittelung sein. Es ist nun aber nicht ganz leicht, nach der Besichtigung des Messers darüber zu urtheilen, ob die Unebenheiten der Schnittfläche denen des Messers entsprechen: jene sind erhöht, diese vertieft. Ein unvollkommenes Hilfsmittel ist es, mit dem in Frage kommenden Messer Probeschnitte in grünes Holz zu machen und die Schnittfläche mit dem Corpus delicti zu vergleichen. Holz hat keine gleichmässige Dichtigkeit und Festigkeit, auch rücken die Schartenspuren beim Probeschnitt näher zusammen als in Wirklichkeit.

Statt dessen bedient sich Kockel folgenden Verfahrens: Ein Block aus Gipsmasse wird in die Objektklammer eines Mikrotoms, das zu untersuchende Messer senkrecht zur Führungsrichtung in die Messerklammer eingeschraubt mit der Schneide nach abwärts. Nun schabt man mit dem Messer, als ob man mikroskopische Schnitte machen wollte, den Gips solange ab, bis sich das Abbild der Schneide mit ihren Scharten in ganzer Ausdehnung auf dem Block vorfindet. Den Scharten entsprechen kammartige Erhebungen auf dem Gipsblock, die besonders bei seitlicher Beleuchtung scharf hervortreten und eine photographische Wiedergabe, die den Nachweis vor einer grösseren Anzahl von Menschen sehr erleichtert, leicht gestatten.

Als Beispiel bringt K. auf einer sehr anschaulichen Tafel erst das Schartenphotogramm eines Messers und dann die Schnittflächenbilder, einer Anzahl von Chausseebäumchen, die ein Mutwilliger mit Hilfe des Messers abgeschnitten hatte.

Eine neue Methode der Fixirung der Fussspuren zum Studium des Ganges.

Von Dr. O. Mönkemöller-Osnabrück und Dr. L. Kaplan-Herzberge.
(Neur. Cent. 1900, Nr. 17.)

Die anspruchlose kleine Arbeit der beiden auf dem Gebiete der Irrenheilkunde bekannten Verfasser scheint berufen, weit über dies Gebiet hinaus praktischen Nutzen zu bringen. Vor allem ist die genaue objektive Feststellung von Eigenthümlichkeiten des Ganges in der Unfallheilkunde von grösster Wichtigkeit. Nicht blos nervöse, sondern auch chirurgische Unfallfolgen geben dem Gang nicht selten ein besonderes Gepräge, das genau festzustellen von Wichtigkeit sein kann.

Das Verfahren ist sehr einfach: man lässt die Kranken in Strümpfen, die mit 10prozentiger spirituöser Eisenchloridlösung getränkt sind, auf einem grossen Streifen Reisspapier entlang gehen. Nachdem die Fussabdrücke auf dem Papier getrocknet sind, werden sie mit einer Spiritus-Aetherlösung von Sulfo-Cyanammonium befeuchtet und treten nun, durch Rhodaneisen dunkelrothbraun gefärbt hervor. Diese Färbung ist der photographischen Wiedergabe besonders günstig.

Freilich sind manche Kranke beim Gehen in den nassen Strümpfen anfangs befangen, auch ist die Wiedergabe des Fuss-Umrisses durch den Strumpf etwas beeinträchtigt, doch ist die Methode schon jetzt recht leistungsfähig.

An den beigegebenen Bildern merkt man, wie viele Einzelheiten erst durch diese Sichtbarmachung der Fussspur so recht zum Bewusstsein kommen. Da sieht man bei halbseits Gelähmten verschiedenen Grades, wie die Fussspitze hier nur ganz wenig am Boden geschleift wird, dort durch stärkeres Schleifen ganz verwischt wird, während bei bestehender Kontractur nur die Fussspitze zum Abdruck gelangt. In einem Fall von spastischer beiderseitiger Schwäche erkennt man — was klinisch vorher nicht aufgefallen war wie der linke Fuss auffallend auswärts gesetzt wird. Wieder anders kennzeichnet sich in den Fussspuren die Gehart des Tabikers, die bei Veitstanz und so weiter. Aber auch seelisch Kranke bieten Eigenthümlichkeiten des Gehens, die durch Sichtbarmachung der Fussspur zum Theil deutlich fixirt, zum Teil sogar erst entdeckt werden.

Verletzung durch einen Prellschuss ohne Beschädigung der unmittelbar über der Verletzung befindlichen Kleider.

Von Dr. Richard Bauer-Troppau.
(Arch. f. Crim. 27. IX. 1900.)

Ein übelberüchtigter Mensch schoss auf einen andern Mann aus der Nähe einen Revolver ab. Unmittelbar nachher erblickten Zeugen auf der blossen Brust des Angegriffenen einen röthlichen Fleck und an genau entsprechender Stelle in der Klappe der Weste ein Loch von dreieckiger Form. Dagegen war die eigentliche Weste unter dem Loche unversehrt, ebenso das Hemd des Getroffenen. Der Revolver war in

gutem Zustande und ein Geschoss daraus durchbohrte auf 15 Schritt ein zwei Centimeter starkes Brett.

Es tauchte in Anbetracht dieses Befundes der Verdacht auf, dass der Verletzte, um dem Angreifer einer strengeren Bestrafung zuzuziehen, sowohl das Loch in der Weste wie den rothen Fleck auf der Brust sich selbst beigebracht haben könnte.

Der erste Gerichtsarzt, welcher den Verletzten untersuchte, fand noch eine Röthung der Haut an der Knorpelknochengrenze der zweiten Rippe, kreisrund geformt und von einem grösseren gelblichen Hof umgeben. Spätere Untersucher konnten diese Veränderung nicht mehr wahrnehmen. Infolgedessen gelangte man zu keiner rechten Einigkeit über die Ursache der vorgefundenen Beschädigungen. Nunmehr wurden Fachlehrer einer Webeschule als Sachverständige zugezogen. Diese bekundeten (auf Grund welcher Untersuchungen ist nicht angegeben), dass das Loch in der Westenklappe bestimmt nicht durch einen Messerschnitt oder durch Schlag mit einem stumpfen Werkzeug, höchst wahrscheinlich vielmehr durch einen Schuss hervorgebracht sei, der an der rechten Spitze der dreieckigen Oeffnung einsetzend nach links unten weitergegangen sein dürfte.

In der Hauptverhandlung wurde nur noch festgestellt, dass die beiden Gegner einander ungefähr in zwei Schritt Entfernung schräg gegenüber gestanden hatten. Das gerichtsärztliche Gutachten ging nunmehr dahin, dass thatsächlich ein Prellschuss vorliege. Das Geschoss habe unter sehr spitzem Einfallswinkel und infolgedessen nur mit einem Theil seiner abgerundeten Seitenfläche die Brust des Angegriffenen getroffen, die zufällig etwas abstehende Westenklappe durchlöchert, sei aber dann in gleichem Winkel wieder abgeprallt, nachdem es nur mit seiner Hinterwand eine Quetschung der Brusthaut verursacht habe.

Chirurgie.

Ueber den schnellenden Finger.

Von Dr. P. Sudeck.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 26, 2. Heft S. 311.)

Ein 23jähriger Einjährig-Freiwilliger zeigte nach 6 Wochen in Folge der Gewehrgriffe Bewegungsstörungen des linken Ringfingers. Bei der Beugung bemerkte der Untersucher nichts. Pat. selbst aber fühlt in einer gewissen Stellung des Fingers etwas Abnormes, ein Uebergleiten ohne bemerkbaren Widerstand. Bei Streckung des gebeugten Fingers bleibt dieser immer in derselben Bewegungsphase, halbgestreckt, plötzlich stehen und kann nur mit grösserem Kraftaufwand gestreckt werden. Die Streckung geht dann plötzlich, schnellend vor sich. Der Sitz der Hemmung ist die Endphalanx. Nachts war der Widerstand gegen die Streckung manchmal so gross, dass Pat. den Ringfinger nur passiv mit Hülfe der anderen Hand strecken konnte. Bei der Operation zeigte die Sehne des profundus an der Stelle wo sie durch den Sublimisschlitz geht, eine plötzlich eintretende Verdünnung auf die Hälfte des normalen Umfanges. Das dicke zentrale Stück der Sehne erfährt am Sublimisschlitz einen Widerstand. Eine Spaltung des Schlitzes erzielte Heilung. Die verdünnte Sehne war grau und glasig durchscheinend. Der degenerative Vorgang ist nach Sudeck durch die wiederholten Insulte, denen die gespannte Sehne bei den Gewehrübungen ausgesetzt war, hervorgerufen. Auch in den Fällen Schultes, der ganz ähnliche Beobachtungen an 5 Einjährig-Freiwilligen machte, meint Sudeck ähnliche Befunde annehmen zu dürfen. G.

Ueber subakute Zellgewebsentzündungen an Fingern und Zehen.

Vom Privatdozenten Dr. Tietze-Breslau.

(Aus der Poliklinik des Augustahospitals in Breslau.)

(Zeitschrift für praktische Aerzte. 9. Jahrgang, No. 9.)

Das Krankheitsbild, welches einigermassen demjenigen abklingender, akuter Zellgewebsentzündungen gleicht, giebt, weil eine Ursache, meist in unbeachteten, wieder geheilten kleinen Verletzungen bestehend, den Erkrankten unbekannt ist, oft zu Verwechselungen und mangelhafter Behandlung Anlass. Von abklingender akuter Entzündung unterscheidet es sich durch fortbestehende Druckempfindlichkeit an Sehnenscheide oder Knochenhaut. Einschnitte in die erkrankten Theile, Eröffnung der Sehnenscheiden förderten Granulationen, Flüssigkeiten und Fibringerinnsel zu Tage, welche durch ihren Gehalt an Eitererregern das Krankheitsbild erklärten. In weitervorgeschrittenen Fällen findet man das Granulationsgewebe schon bindegewebig verändert, die Sehnenscheide verengernd, sodass es nicht unwahrscheinlich ist, dass die beschriebene Art der Entzündung mit unter die Ursachen der Entstehung der „schnellenden Finger" gerechnet werden darf. Die Behandlung war in des Verfassers Fällen operativ. Die Ausheilung erfolgte sofort auf Incision, während vorher mit Verbänden ein Erfolg nicht erzielt war, ein Verband von 1proz. Formalinlösung brachte in einigen Fällen ein Nachlassen der Erscheinungen hervor.

Seelhorst.

Völlige Wiederanheilung des durch ein schneidendes Instrument gänzlich vom Mittelglied abgetrennten Endgliedes des Daumens.

Von Dr. Salomon in Savigné-Lévèque.

(Progrès med. 1900, No. 34.)

Das fünfjährige Kind eines Bauern schnitt sich mit einem sehr scharfen Werkzeug, einer Art Faschinenmesser, das Endglied des Daumens glatt ab. Nur ein schmaler Streifen der Oberhaut — nicht etwa ganze Haut — hielt das Stückchen fest. Zwei Stunden darauf wurde das Kind dem Arzte zugeführt. Dieser liess es die verletzte Hand $^3/_4$ Stunden lang in mehrmals erneuertem, heissem, sterilisirtem Wasser mit etwas Alkoholzusatz baden. Als er dann das abgetrennte Stück mit Catgutfäden annähte, zerriss die letzte dünne Brücke, die der Schnitt zwischen den Theilen übrig gelassen hatte.

Die Heilung erfolgte keineswegs ganz glatt. Einmal schien es sogar, als wollte das angenähte Glied sich lösen. Die ganze Oberhaut desselben stiess sich ab, eine kleine Eiterung hielt die Heilung auf, die Vernarbung erfolgte langsam. Schliesslich behielt das Kind aber das Fingerglied. Freilich ist es etwas nach hinten verschoben, und der Knochen hat, wie ein beigegebenes Röntgenbild zeigt, eine etwas plumpe Form angenommen.

Unter 10 Fällen von Wiedervereinigung solcher getrennter Glieder hat Verf. zweimal einen vollen, einmal einen halben Erfolg gehabt. Seine Misserfolge ist er geneigt, der Verwendung antiseptischer Bäder mit Sublimat, Kaliumpermanganat, Karbol — „le plus désastreux des bains antiseptiques" — oder dergl. zuzuschreiben.

Ueber die Behandlung der subcutanen Knochenbrüche.

Von Prof. Dr. Karl Schuchard,

Direktor der chir. Abthlg. des städt. Krankenhauses in Stettin

(Vortrag, gehalten in der Herbstversammlung des Vereins der Aerzte des Reg.-Bez. Stettin am 9. Novbr. 1899.)

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1900, Heft 9.)

Nach einem Ueberblick über die Wandlungen in den Grundsätzen der Behandlung der Knochenbrüche und Auseinandersetzung der allgemein üblichen gegenwärtigen Anschauungen

theilt Vortragender die Knochenbrüche für die Praxis in zwei Gruppen: a) solche, in denen ein endgiltiger Verband sogleich angelegt werden kann und bei denen eine besondere „Einrichtung“ nicht vonnöthen ist, und b) solche, bei denen die „Einrichtung“ mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist und erst zweckmässigerweise erfolgt, wenn mit Sicherheit auf Unschädlichkeit der Repositions- und Fixationsversuche und Verharren der Bruchstücke in eingerichteter Stellung gerechnet werden kann. Zu a) werden ausser den Brüchen der kleineren Knochen noch die für Streckbehandlung sich eignenden Brüche der nicht dicht am Kniegelenk gelegenen Theile des Oberschenkels und die Brüche der oberen Theile des Oberarmknochens gerechnet; der Extensionszug muss, wenn er wirkungsvoll sein soll, ein starker sein, bei Oberschenkelbrüchen bis 30 Pfund, massgebend zur Wirkung ist die Aufhebung des reflektorischen Krampfes der an die Bruchstücke ansetzenden Muskeln. Bei b) werden die allgemein anerkannten Grundsätze einer zeitigen Beseitigung der Blutergüsse, möglichste Frühmassage und Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit empfohlen, zur vernünftigen Einschränkung des Strebens nach „Gehverbänden“ gerathen. Zur Herstellung von Gipsverbänden mit beweglichen Gelenken, in denen die Patienten auch umhergehen können, werden Gehbügel und Scharniere empfohlen und abgebildet.

(Die Extension wird auch für rebellische Schrägfrakturen des Unterschenkels empfohlen, leider dabei nicht des die Reposition am leichtesten und übersichtlichsten bewerkstelligenden und erhaltenden Hansmannschen Extensions- und Lagerungsapparates gedacht (beschrieben und in Anwendung und Wirkung illustrirt von Dr. Sell im Heft 4 des 56. Bandes des Archivs für klinische Chirurgie), welcher viel allgemeiner gekannt und angewendet zu werden verdiente. Ref.) Seelhorst.

Ueber tragfähige Amputationsstümpfe nebst Bemerkungen über die Exarticulatio pedis sub talo (Malgaigne).

Aus d. städt. Krkh. zu Worms a. Rh.

Von Prof. Dr. L. Heidenhain.

(Zeitschr. f. prakt. Aerzte No. 13, 1900.)

Nach seinen Erfahrungen bevorzugt Verfasser im Allgemeinen behufs Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe das Bier'sche Verfahren, welches die Druckempfindlichkeit des Stumpfes bekanntlich dadurch beseitigt, dass die eröffnete Markhöhle durch einen übergelegten Periost-Knochenlappen abgeschlossen wird. Doch hat er auch in einem Falle, wo sich diese immerhin etwas umständliche Operation nicht gut durchführen liess, mit Erfolg von dem im vorigen Jahre von Hirsch (Bardenheuer'sche Abtheilung in Köln) empfohlenen Verfahren Gebrauch gemacht, welches darauf beruht, dass man durch zielbewusste Massage und Tretübungen den gewöhnlichen Amputationsstumpf tragfähig zu machen sucht. Im Anschluss an diese Erörterungen berichtet Verfasser über einen Fall von doppelseitiger Exarticulatio sub talo, ein Eingriff, der bekanntlich selten ausgeführt wird. Der Erfolg war in funktioneller Beziehung ein vortrefflicher, der Kranke konnte beiderseits den Talus bewegen, Beugung und Streckung im Sprunggelenk waren also erhalten geblieben. y. —

Ueber die Behandlung von Gelenkergüssen mit heisser Luft.

Von Dr. Rudolf Klapp, Assistenzarzt a. d. Kgl. Universitätsklinik zu Greifswald.

(Münch. med. Woch. No. 23.)

Die Anwendung von trockner Hitze hat sich bei einer Anzahl von Fällen traumatischer und rheumatischer Gelenkergüsse aufs Beste bewährt. Die Gelenke wurden mit den Bier'schen Heizkästen behandelt und zwar täglich 1—2 Stunden lang einer Hitze von 120 bis 150° Cels. ausgesetzt.

Stets verschwanden nach wenigen Sitzungen die Schmerzen, oft konnte an jedem der ersten drei Tage eine Umfangsverminderung von je 1 cm bemerkt werden. Die anfänglich rapid vor sich gehende Aufsaugung der Ergüsse wird nach einigen Tagen langsamer, was durch das Geringerwerden der Kapselspannung zu erklären ist. Kombination mit Massage wird für geeignete Fälle empfohlen. Abgesehen von dem Erfolge der schnellen Aufsaugung hat die Methode vor den mit ihr konkurrirenden, Punktion, Kompression, besonders den Vortheil, dass eine Ruhigstellung der Gelenke nicht nothwendig ist. Mit Erfolg wurden die Bier'schen Heizkästen zur Beseitigung von Oedemen bei Frakturen, ferner bei Hüftweh sowie zur Kräftigung schlaffer Granulationen und bei Unterschenkelgeschwüren angewendet. Die Heilwirkung der Heizkästen beruht auf Hervorrufung von Blutfülle in den der Hitze ausgesetzten Körpertheilen. Applikation höherer Hitzgrade als der erwähnten hatte Auftreten von Oedemen und Steigerung der Ergüsse zur Folge. Die Versuche, welche der Verf. an Tieren mit der Anwendung heisser Luft anstellte, bestätigten sowohl die grosse Aufsaugungskraft der Hitze als auch die Vermuthung, dass die Hyperämie die dabei wirksame Kraft sei, indem nämlich die in die Bauchhöhle von Kaninchen eingespritzten Flüssigkeiten, statt eine vermehrte Ausschwitzung von Flüssigkeiten in das Bauchfell hervorzurufen, unter dem Einfluss der Hitze sehr vermindert wurden, und die Gefässe der Darmwand und Bauchwand sich stark blutgefüllt erwiesen.

Die Erfolge der Greifswalder Klinik in Bezug auf die Anwendung der heissen Luft werden von Thiem-Cottbus bestätigt, ebenso die von Bier gemachte Beobachtung, dass auf tuberkulöse Erkrankung die heisse Luft ungünstig einwirke.

Seelhorst.

Innere Medizin.

Der Croup in Württemberg im 19. Jahrhundert bis zum epidemischen Auftreten der Diphtherie.

Von Hofrath Dr. B. Arnold-Stuttgart.

(Med. Corr.-Bl. d. Württ. ärztl. L.-V. 1900, No. 39.)

Die sorgfältige Durchsicht der älteren Literatur bringt den Verf. zu folgenden Schlüssen:

Der bis etwa 1805 in Württemberg seltene Croup häufte sich in den Jahren 1807 bis 1810 auffallend. Dabei aber kam es selten vor, dass in einer Familie mehrere Mitglieder erkrankten, von Ansteckungsfähigkeit war nichts zu merken. Die Krankheit betraf vorwiegend Kinder von 4—6 Jahren. Die ärztlichen Schriftsteller aus den ersten drei Jahrzehnten des Jahrhunderts erwähnen nirgends etwas von Miterkrankung des Rachens, trotzdem sie gute und zuverlässige Beobachter sind.

Von 1835 ab taucht eine hochgradig bösartige Krankheit mit Kehlkopf- und Rachenbelägen auf, die z. T. in sonst von Croup selten befallenen Gegenden und ausgesprochen epidemisch auftritt: die Diphtherie. Jetzt erst hört man von Belägen in der Nase, Eiweissharn, Blutungen, Lähmungen, auffälligem plötzlichem Tode.

Dann mehrten sich allmählich die Diphtheriefälle, bis schliesslich der Croup als eigenartige Krankheit ganz verschwand.

So die Thatsachen — warum es so gekommen, das ist uns bis jetzt verborgen.

Zur Verbreitung der Zuckerkrankheit im preussischen Staate.

Von Dr. Georg Heimann-Berlin.
(Deutsche medizinische Wochenschrift, No. 31, 1900.)

Den vorliegenden Mittheilungen, aus denen unter Beiseitelassung der ziffernmässigen Belege einige Thatsachen wiedergegeben seien, liegen amtliche Erhebungen des königlich preussischen statistischen Bureaus zu Grunde. Aus den Aufzeichnungen erhellt, dass die Zahl der Todesfälle an Zuckerkrankheit in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen ist; die Zunahme ist freilich grossentheils wohl nur auf eine bessere Erkenntniss des Leidens zurückzuführen. Das Gleiche gilt von der Anzahl der Erkrankungsfälle, von denen übrigens begreiflicher Weise nur ein kleiner Theil, die in Heilanstalten beobachteten, zur amtlichen Kenntniss gelangen. Es erkrankten durchschnittlich weit mehr Männer, als Frauen an Diabetes; bei letzteren pflegt die Krankheit im Allgemeinen einen ungünstigeren Verlauf zu nehmen. Bezüglich der Betheiligung der Altersklassen ergiebt sowohl die Krankenhaus-, wie die Sterblichkeitsstatistik, dass die Krankheit nicht oft bei Personen unter 30 Jahren, am häufigsten bei solchen über 40 Jahren auftritt. Unter den Angehörigen der verschiedenen Berufe ist die Zahl der Zuckerkranken besonders gross bei den in der Landwirthschaft, dem Handel und Versicherungswesen beschäftigten Personen. Mit einer unverhältnissmässig hohen Ziffer sind die wohlhabenderen Kreise vertreten, wenngleich auch arme Personen unter den Zuckerkranken nicht fehlen. Verhältnissmässig häufig trifft man die Krankheit bei den Juden. Hinsichtlich des Einflusses der Jahreszeit und der Häufigkeit des Vorkommens der Krankheit in den verschiedenen Landestheilen liessen sich aus dem zu Gebote stehenden Material keine einwandsfreien Schlüsse ziehen. —y.

Eine Blut-Reaction bei Zuckerkrankheit. Ihr Ursprung und ihr diagnostischer Werth.

Von R. T. Williamson.
(The lancet 4. August.)

Es ist für die Sachverständigen-Thätigkeit zweifellos von Werth, ein Mittel zu besitzen, mit dessen Hilfe man auch längere Zeit nach dem Tode mit Sicherheit die Zuckerkrankheit erkennen kann, auch wenn die inneren Organe kein charakteristisches Zeichen dafür bieten und Urin zur Untersuchung nicht erhalten werden kann. Dieses Mittel besitzen wir in einer Reaktion des Blutes, auf welche zuerst von Williamson im Jahre 1896 aufmerksam gemacht wurde. Das Blut von Zuckerkranken hat, wie er fand, die Eigenschaft, eine warme alkalische Lösung von Methylenblau, wenn sie in bestimmten Verhältnissen gemischt ist, zu entfernen. Das Blut von gesunden Personen und solchen, welche an irgend welcher anderen Erkrankung leiden, giebt diese Reaktion nicht. Dieselbe beruht auf der stärkeren Reduktionsfähigkeit des diabetischen Blutes. Die Reaktion wird in folgender Weise ausgeführt. Man bringt einen Tropfen Wasser (40 cbmm) in ein Reagensröhrchen, fügt dazu 20 cbmm Blut eines Zuckerkranken, bringt dazu 1 cbcm wässeriger Methylenblau-Lösung (1 : 6000) und mischt zu dem Ganzen 40 cbmm Liquor Kali carbonici. In einer zweiten Röhre stellt man dieselbe Mischung dar, nur nimmt man statt des Blutes von Zuckerkranken, das Blut von gesunden Menschen oder solchen, die mit einem anderen Leiden behaftet sind. Beide Mischungen haben ziemlich tiefblaue oder blaugrüne Farbe. Nun werden die Röhrchen durch ein Wasserbad erhitzt und vier Minuten lang gekocht. Dadurch verliert die Mischung mit dem Blut von Zuckerkranken die blaue Farbe und nimmt eine schmutziggelbe Verfärbung an, die andere Mischung dagegen behält ihre blaue oder blaugrüne Farbe. Es ist nothwendig, sich genau an diese Vorschrift zu halten, da auch das normale Blut, wenn es in grösserer Menge zugesetzt wird, eine reduzirende Wirkung ausübt und unter gleichen Bedingungen die blaue Farbe verliert und sich schmutziggelb färbt. Dies tritt bereits ein, wenn man statt 20 cbmm 60 cbmm verwendet. Die Versuche sind von mehreren bekannten, zuverlässigen Autoren bestätigt worden. Die Reaktion ist ziemlich fein und zeigt sich schon, wenn der Urin sehr kleine Mengen Zucker enthält. Ihr diagnostischer Werth kommt bei Lebzeiten dann in Betracht, wenn Coma diabeticum eingetreten ist und der Urin nicht gewonnen werden kann. Von grösserer Wichtigkeit kann sie nach dem Tode sein. Bekanntlich kann man in vielen Fällen von Zuckerkrankheit bei der Sektion keinen Anhaltspunkt für die überstandene Erkrankung finden und so ist wohl mancher Fall von Zuckerkrankheit, wenn er bei Lebzeiten nicht erkannt worden war, auch noch nach dem Tode nicht aufgeklärt worden. Dies war um so leichter möglich, wenn die Blase leer war, und die Untersuchung des Urins unterbleiben musste. Die oben angegebene Methylenblau-Reaktion konnte nicht nur nach Stunden, sondern sogar mehrere Tage nach dem Tode eines Zuckerkranken noch erhalten werden. In einem Falle war das Blut 10 Stunden nach dem Tode entnommen worden, eine ganze Woche lang in einer Flasche stehen geblieben und zeigte doch noch deutlich die Reaktion. Das Blut wird am Besten der inneren Iugularvene entnommen, weil an dieser Stelle bei der Sektion weniger leicht eine Verunreinigung des Blutes zu Stande kommen kann als an anderen Theilen des Körpers. Franz Meyer-Berlin.

Neurologie und Psychiatrie.

Ueber epileptische Aequivalente.

Von Dr. Ernst Schultze-Andernach.
(Münchn. Med. Woch. 1900, Nr. 13.)

Wie die Epilepsie dem Kliniker immer neue Gesichtspunkte bietet, so fordert sie auch von dem Gerichtsarzt immer neue Forschungen, und in manchen Punkten schon sind wir genöthigt gewesen, unsere Anschauungen von ihr sehr erheblich umzumodeln. Das bestätigen wieder einmal die hier vorliegenden Mittheilungen von Ernst Schultze, die wir daher mit einiger Ausführlichkeit zu besprechen veranlasst sind. Verf. hatte ein Gutachten über einen mehrfach vorbestraften Menschen abzugeben, dem zwei Diebstähle zur Last gelegt waren, von denen er den einen ohne Weiteres zugab. Genauere Nachforschungen ergaben, dass dieser Mann in seiner Knabenzeit eine heftige Scharlacherkrankung durchgemacht und seitdem sich seelisch völlig verändert habe. Insbesondere habe er zeitweise einen unbezwinglichen Drang gehabt, fortzulaufen und irgendwo umherzuirren und habe nach seiner Rückkehr immer in dumpfem Brüten eine Zeit lang verharrt. Dabei sei er sonst ein braver Mensch und auch kein Trinker gewesen. Es ergab sich ferner, dass der Betreffende beim Militär wegen mehrfachen Desertirens bestraft war. Die Beobachtung lehrte, dass der Mann für die seelische Verstimmung, in der er den Trieb zum Fortlaufen hatte, immer volle Erinnerung besass, nicht dagegen für all das, was er während seiner Irrfahrten ausführte. Auf einer solchen Irrfahrt hatte er auch die beiden Diebstähle verübt. In der Anstalt zeigt der Angeklagte sich für gewöhnlich ruhig und geordnet, dazwischen aber zeitweise gedrückt, leicht ermüdbar und reizbar. Zweimal hatte er Schwindelanfälle, nie einen echten Krampfanfall. Gleichwohl erkannte das Gutachten an, dass der Angeklagte an Epilepsie leide und möglicherweise in einem Zustande von epileptischem Bewusstseinsverlust die ihm zur Last gelegten strafbaren Handlungen begangen habe.

Dieser Fall führte den Verfasser darauf, an dem ihm zur

Verfügung stehenden Krankenmaterial zu prüfen, wie weit überhaupt epileptische Aequivalente ohne Bewusstseins- und nachfolgende Gedächtnissstörung vorkommen. Es war nämlich bei einer früheren Beurtheilung des gleichen Kranken, die sich auf seine Desertion beim Militär bezog, der Verdacht der Epilepsie zurückgedrängt worden, weil der Mann sich der Thatsache seines Weglaufens ohne Weiteres erinnerte.

Vier Fälle sind es nun, an denen Schultze erläutert, wie bei epileptischen Aequivalenten das Bewusstsein bezw. die Erinnerung völlig erhalten sein kann. Vorausgeschickt sei, dass es sich in allen diesen Fällen um unbestreitbare Epilepsie mit wohlausgebildeten Anfällen handelt.

Einem Kranken kam es öfters so vor, als spreche eine völlig deutliche Stimme, an deren Wirklichkeit er jedoch nicht glaubte, zu ihm irgendwelche Sätze, die einen Vorwurf für ihn enthielten. Er bekam meist unmittelbar nach dieser Sinnestäuschung einen Krampfanfall, manchmal aber auch nur leichte Zuckungen ohne Bewusstseinsverlust, und auch diese blieben gelegentlich aus, sodass sich die Sinnestäuschung als alleiniges Aequivalent darstellte. Die Erinnerung an die Sinnestäuschung war regelmässig voll erhalten. Bei demselben Kranken ging dem Krampfanfall manchmal eine Erinnerungstäuschung voraus, die auch wiederum zu andern Zeiten isolirt als Aequivalent auftrat und ohne Bewusstseinsstörung verlief.

Der zweite Fall betrifft ein junges Mädchen, das manchmal kurz vor den Anfällen, in einzelnen Malen auch ohne nachfolgenden Krampf oder auch nur Bewusstseinsverlust plötzlich in schamlosester Weise ihre Kleider bis unter die Schultern hochhob oder sich auf den Abort begab, um Kot zu essen. Sie erinnerte sich dieser Handlungen genau, schämte sich der Schamverletzung tief und hatte wahren Abscheu vor der Coprophagie. Sie gab an, unter zwangsartigem Triebe zu handeln, ebenso wie sie vor anderen Anfällen zwangsmässig über allerlei allgemeine Fragen grübelte.

Eine andere Kranke hatte vor den Anfällen oder anstatt derselben ohne Bewusstseinstrübung Urinabgang, wobei sie gleichzeitig erbleichte.

Merkwürdig ist ein vierter Fall, der sich nicht ganz eng, aber doch wohl eigentlich an die bisher erwähnten anschliesst. Ein erblich schwer belasteter Techniker schoss sich in einem Zustand trüber Verstimmung drei Kugeln in den Kopf. Sie drangen in beide Schläfen. Ausser allgemeinen Hirndruckerscheinungen folgte eine sich langsam bessernde Sprachstörung. Es bildeten sich epileptische Anfälle heraus. Nach einem der ersten Anfälle bemerkte der Kranke eine Vertaubung der linken Gesichtshälfte. Die Untersuchung ergab völlige Unempfindlichkeit derselben für alle Reizarten. Die Reflexe waren im Gebiet aller Aeste des V. Hirnnerven links erloschen, stellenweise bildeten sich Quaddeln. Die Nervenlähmung ging nach einigen Stunden zurück, sie kam manchmal wieder, um das Nahen eines Krampfanfalles anzukündigen, manchmal aber auch allein ohne folgende Attacke. Dabei bestand dann nicht die geringste Benommenheit, und für die Zeit der Nervenlähmung nicht die geringste Erinnerungsstörung. Verf. trägt Bedenken, diesen Fall ohne weiteres mit den vorigen in eine Reihe zu stellen, weil es sich doch vielleicht um Reflex-Epilepsie, wahrscheinlich zum mindesten um traumatische und nur mit geringer Wahrscheinlichkeit um eine echte, selbstständige Epilepsie gehandelt hat, während doch, was von der einen gilt, nicht ohne weiteres auf die andere übertragbar ist.

Jedenfalls genügen auch die übrigen Fälle, um zu zeigen, dass die Trübung des Bewusstseins, der Verlust, ja die Verwischung der Erinnerung keine absoluten Erfordernisse für epileptische Aequivalente sind.

Eine Reise in die Schweiz im epileptischen Dämmerzustande, und die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker vor dem Strafrichter.

Von Landgerichtsarzt Dr. Burgl-Nürnberg.
(M. M. W. 1900. No. 37.)

Es handelt sich um einen erblich Belasteten, der in frühester Jugend öfters Krämpfe gehabt, als Erwachsener manchmal nachts gezuckt und sich in die Zunge gebissen hat, um dann mit Kopfschmerzen zu erwachen, und der auch öfters von Schwindelanfällen befallen wurde. Bisweilen war er ganz verwirrt, so dass er am Sonntag zur Arbeit gehen wollte, eine Schrankthür für die Wohnungsthür hielt und dergleichen mehr. In solchen Zuständen lief er, ein sonst braver, anständiger Mensch, zweimal mit heraushängendem Geschlechtstheil auf die Strasse, was ihm zuerst, ehe seine Krankheit erkannt war, eine Gefängnissstrafe eintrug. Offenbar also ein echter Epileptiker.

Dieser Mann hatte nach neunjähriger glücklicher Ehe zu einer Zeit, als seine ganze Familie krank lag, plötzlich das Haus verlassen und war nicht wiedergekommen. Vorher war sein tiefsinniges Wesen aufgefallen, er hatte an Kopfschmerz, Schlaf- und Appetitlosigkeit gelitten. Nach wenigen Tagen tauchte er in Basel in seinem Arbeitsanzug mit Handwerkszeug bei seinen Eltern auf, die er fröhlich begrüsste. Dann hatte er einige Tage starkes Schlafbedürfniss. Später erinnerte er sich der Reise nur in groben Umrissen und des Grundes, weswegen er sie unternommen, garnicht.

B. bespricht nun zunächst die Frage, wann eine vorübergehende Bewusstseinsstörung als epileptisch aufzufassen ist. Er beantwortet sie dahin: wenn, bei Ausschluss aller anderen in Betracht kommenden Krankheitsformen bei dem Kranken entweder typische Krampfanfälle oder einige gut gekennzeichnete Dämmerzustände oder rasch vorübergehende Schwindelanfälle mit Blässe und dem Gefühl umzusinken bezw. rasch vorübergehende Bewusstseinsverluste nachgewiesen sind.

Wichtig ist es, dass Epilepsie von Angeklagten oft als Strafausschliessungsgrund zu Unrecht geltend gemacht wird. Einen schweren Stand hat der Gerichtsarzt Leuten gegenüber, die wirklich epileptisch sind, aber zur Zeit ihrer Strafthat bei voller Besinnung waren, wenn sie Geisteskrankheit vorschützen. Dann muss man sich eben drein finden, dass mal ein Epileptiker zu Unrecht freigesprochen wird — gegenüber den Vielen, die zu Unrecht verurtheilt werden.

Den Schluss der Abhandlung bilden die Krankengeschichten dreier Epileptiker, die im Dämmerzustande Betrug bezw. exhibitionistische Handlungen bezw. Sachbeschädigung verübt hatten.

Tromoparalysis tabioformis (cum Dementia.)

Von Prof. Dr. Wertheim Salomonson.
(Neur. Centr. 1900, No. 16.)

Im Anschluss an einen einschlägigen Fall wird die Frage erörtert, ob das bisweilen beobachtete Zusammentreffen von Erscheinungen der Rückenmarksschwindsucht mit denen der Zitterlähmung zufällig oder bedeutungsvoll im Sinne eines besonderen Krankheitsbildes ist. Verf. entscheidet sich für die letztere Möglichkeit. Er meint, die erfahrungsgemässe Wahrscheinlichkeit des inneren Zusammenhangs von Störungsgruppen, die gleichzeitig bei einem Kranken vorhanden sind, steigere sich fast zur Gewissheit, wenn ein solcher Zusammenhang „möglich" sei. (?) Zudem müsse es auffallen, dass innerhalb verhältnismässig kurzer Zeit (seit 1888) sechs solche Fälle vorgekommen seien. Ferner seien aber in den vorliegenden Fällen die Krankheitserscheinungen der Rückenmarksschwindsucht nicht ganz der gewöhnlichen Grundform gefolgt. Seelische Veränderungen (Stilles Wesen, Gedächtniss-

schwäche) seien hervorgetreten, die Ataxie dagegen in den Hintergrund. Ebenso fehle von der Zitterlähmung in allen sechs Fällen die wichtige Erscheinung, dass die Kranken, vorwärts gestossen, ihrem Laufe nicht Einhalt thun können.

Es handelt sich also nach W. S. um eine neue, eigenartige Krankheit, der er den etwas seltsam klingenden Namen giebt, den der Titel ausspricht.

Nach vereinzelten pathologisch - anatomischen Befunden bei Zitterlähmung, die Veränderungen in den Hintersträngen des Rückenmarks erkennen liessen, ist an die Möglichkeit einer Hinterstrangserkrankung durch inselförmige Verhärtung in der Umgebung der Gefässe zu denken.

Ohren.

Eine Analyse des Rinne'schen Versuches.

Von Prof. Bezold-München.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Band, S. 197 ff.).

Bezold hat sich auf dem Gebiete der funktionellen Prüfung des Gehörorgans hohe Verdienste erworben; die Ergebnisse seiner Forschungen sind Gemeingut aller Ohrenärzte geworden, haben aber auch für den ärztlichen Sachverständigen grosses Interesse gewonnen. Stimmgabeluntersuchungen ohrenleidender Unfallverletzter sind auch für den Nichtohrenarzt, wenn er zur Beurtheilung als Sachverständiger zugezogen wird, unentbehrlich geworden. Und hier wieder ist es der Rinne'sche Versuch, der für die Frage, ob ein Ohrenleiden seinen Sitz im mittleren oder im inneren (Labyrinth und N. acusticus und Cerebrum) Ohre hat, von grösster Bedeutung sein kann.

Der Rinne'sche Versuch misst die Zeit, welche eine Stimmgabel noch vor dem Ohre durch die Luft gehört wird, wenn sie am Warzenfortsatz, auf den sie vorher mit ihrem Stiele aufgesetzt worden war, abgeklungen ist, — oder, wo (bei Erkrankungen des Schall-Leitungsapparates) die Knochenleitung länger dauert, umgekehrt die Zeit, um welche die Luftleitung von der Knochenleitung überwogen wird. — Beim gesunden und beim rein nervös erkrankten Ohr überwiegt die Luftleitung, wenigstens für tiefere Stimmgabeln. Zu dieser Thatsache hat Bezold eine neue Beobachtung gemacht, über die Interessenten das Nähere an Ort und Stelle nachlesen mögen. Zweck dieser Zeilen ist es hauptsächlich, auf den Werth der Stimmgabelprüfungen auch für den ärztlichen Sachverständigen hinzuweisen. Richard Müller.

Ueber die Betheiligung des Mittelohres bei Scarlatina mit 12 Sektionen des Gehörorganes.

Aus der K. Universitäts-Kinderklinik des Herrn Prof. v. Ranke und dem otiatrischen Ambulatorium des Herrn Prof. Bezold.

Von Dr. B. von Gaessler-München.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Band, S. 143 ff.).

Zum Beweise, wie wichtig Scharlach als ursächliches Moment für Ohrenkrankheiten ist, giebt Verf. in Anlehnung an andere Autoren zunächst einen statistischen Ueberblick, der darin gipfelt, dass 4—7 Prozent aller Ohrenkrankheiten auf Scharlach zurückzuführen sind, während 10 Prozent aller Fälle von Scharlach mit einer Otitis einhergehen. Letztere Angabe stammt von Hildebrand, ist aber, wenn man alle während einer Scarlatina auftretenden Ohraffektionen, also auch die vorübergehenden bezw. nicht zur Otorrhoe führenden, ins Auge fasst, — wie jetzt allgemein bekannt, — entschieden zu niedrig gegriffen. Untersuchungen des Gehörorganes, die Verf. intra vitam an 54 Scharlachkindern vornahm, bestätigen das; ganz allein Otorrhoe fand er in 7,69 Prozent der Fälle.

Verf. giebt dann ausführlicher die Geschichte von 12 tödtlich verlaufenen Scharlachfällen; bei allen wurde die Sektion des Schläfenbeins gemacht. Dabei ergab sich, dass die Paukenhöhle mit ihren Nebenräumen in keinem Falle ganz frei von krankhaften Erscheinungen war, während intra vitam nur in 2 Fällen eine Ohrenaffektion festgestellt worden war; der Sektionsbefund schwankte zwischen einfacher Gefässinjektion der Schleimhaut bis zur Ausfüllung der Mittelohrräume mit dickem, rahmigen Eiter. Nur in einem Falle zeigten sich in der knorpeligen Tube entzündliche Veränderungen, in allen anderen Fällen war die Tube frei, was gegen eine kontinuirliche Ausbreitung des Krankheitsprozesses vom Nasenrachenraum auf das Ohr, vielmehr für die Auffassung der Mittelohrerkrankung als einer selbstständigen Theilerscheinung der allgemeinen Infektion bei Scharlach spricht.

Die verdienstvollen und interessanten Ausführungen des Verf. machen es wahrscheinlich, dass das Gehörorgan an der Scharlacherkrankung — so wie dies für Masern und Diphtherie schon nachgewiesen ist — regelmässig Theil nimmt, wenn auch in Rücksicht auf die geringe Anzahl der Sektionen ein endgiltiger Beweis dafür noch nicht erbracht ist.

Richard Müller.

Ausgedehnte Zerreissung der Ohrmuschel und vollständige Durchtrennung des äusseren Gehörganges mit theilweiser Ablösung der Sehne des Sternocleidomastoideus und Absplitterung der Warzenfortsatzspitze durch Schlag mit einem Ziegelstein. Operation zur Wiederherstellung der Ohrmuschel und des Gehörganges.

Von Dr. Swan M. Burnett-Washington.

Uebersetzt von Dr. Th. Schröder-Rostock.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Band, S. 137 ff.).

Die lange Ueberschrift sagt, nach einer bei englisch schreibenden Autoren vielfach anzutreffenden Gepflogenheit, das Wesentliche über den Inhalt des Aufsatzes. Nach einer einleitenden Erörterung der in der That auffälligen Seltenheit von Verletzungen der Ohrmuschel und der noch grösseren Seltenheit operativer Eingriffe an dem verletzten äusseren Ohr stellt Verf. als Haupterforderniss solcher Operationen die Offenhaltung des Gehörgangslumens hin. Diesem Gesichtspunkte ist bei der geschilderten Operation, die übrigens nichts weiter als ein sorgfältiges und im Gehörgang wegen der engen Verhältnisse besonders schwieriges Aneinandernähen der vorgefundenen Bruchstücke darstellt, Rechnung getragen. Das Ergebniss war befriedigend; das Lumen des verletzten Gehörgangs war nach der Heilung nur wenig enger als das der anderen Seite; und das Gehör war nachher auf dem verletzten Ohr sogar besser als auf dem gesunden.

Richard Müller.

Hygiene.

Die Rauchbelästigung in deutschen Städten.

Von H. Chr. Nussbaum.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. 32, S. 562 u. f.)

Der Ausschuss des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege hatte im Jahre 1899 einen Fragebogen an die Verwaltungen deutscher Städte mit einer Einwohnerzahl von 15000 und mehr versandt, um Aufschlüsse über den Grad der in ihnen etwa herrschenden Rauch- und Russbelästigung, über deren jeweilige Ursachen und die Mittel, welche zur Abhülfe ergriffen worden sind oder geführt haben, zu erhalten. Da die Ergebnisse dieser Umfrage bei den Verhandlungen des Vereins für öffentl. Gesundheitspflege über diesen Gegenstand auf der Nürnberger Versammlung im Jahre 1899 keine volle

Berücksichtigung finden konnten, weil es an Zeit gebrach, hat der Verf. sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, die eingegangenen Fragebogen einer Sichtung zu unterwerfen.

Aus dem vorliegenden Bericht ergiebt sich, dass 75 Proz. der in Frage kommenden Städte sich an der Umfrage betheiligt haben, und dass etwa $1/5$ bis $1/4$ der deutschen Städte mit 15000 und mehr Einwohnern unter der Rauchbelästigung in mehr oder minder hohem Grade zu leiden haben. Da in diese Zahl die meisten grösseren Industriecentren und die sämmtlichen Grossstädte einbegriffen sind, während in mittelgrossen und kleineren Städten günstigere Verhältnisse herrschen, so darf schätzungsweise angenommen werden, dass etwa die Hälfte der Stadtbewohner im deutschen Reich und die weitaus bedeutendste Mehrzahl der Grossstädter unter den Folgen des Austretens unvollkommener Verbrennungserzeugnisse in die Luft zu leiden haben, denen vielfach auch schweflige Säure und andre ätzend oder giftig wirkende Gase sich beimischen.

Die Grösse der Rauch- und Russbelästigung ist nicht allein von dem Brennstoffverbrauch abhängig, sondern wie die Unterschiede in den verschiedenen Städten darthun — beispielsweise weist Berlin einen erheblich geringeren Gehalt des Russ- und Rauchgehalts der Luft auf, als Dresden, Leipzig, Hannover, Nürnberg und viele Industriestädte — einmal von örtlichen und klimatischen Verhältnissen und von der Lage des Orts, von der Lage der Gewerbebetriebe zur Stadt und ganz besonders von dem ortsüblichen Brennstoff. Mit vollster Klarheit geht aus sämmtlichen Berichten hervor, dass dort, wo Magerkohle, Koke und Presskohle eine ausgedehnte oder alleinige Verwendung finden, die Belästigung eine unter allen Umständen erträgliche bleibt, während Flammenkohlen, Holz und ganz besonders die Böhmische Braunkohle als Erzeuger von erheblichen Rauch- und Russmengen zu gelten haben. Zu diesen letzteren zählen in erhöhtem Grade die Abfälle von Kohle, Holz und Torf. Berlin verdankt seine relative Russ- und Rauchfreiheit vornehmlich dem Umstande, dass hier vornehmlich Magerkohle, Koke und Presskohle Verwendung finden.

Ferner konnte eine günstige Einwirkung vielfach an Orten festgestellt werden, in welchen die Anwendung von Leuchtgas zum Kochen und Backen eine allgemeine geworden ist, während früher Holz oder Flammenkohle diesem Zweck diente. Es ergiebt sich hieraus, dass der Auswahl geeigneter Brennstoffe eine besondere Bedeutung in der Bekämpfung der Rauch- und Russplage zukommt.

Besonderes Interesse bieten die Angaben über den Antheil, welchen die Grossbetriebe, die Kleinbetriebe und die häuslichen Feuerungsstätten an der Rauchentsendung nehmen. Die Klagen und Beschwerden der Nachbarn von Gewerbebetrieben über Rauchbelästigung beziehen sich in ganz wesentlich bedeutenderem Masse auf Kleinbetriebsfeuerungen als auf Kesselfeuerungen, und zwar stellt sich dies Verhältniss annähernd wie 4:1. In erster Linie stehen die Feuerstätten der Bäckereien, über die allgemein Klage geführt wird, selbst in Städten, die sonst eine Rauchbelästigung nicht kennen. Dann folgen die Brauereien, Brennereien, die grösseren Schmieden und Schlossereien sowie die Tischlerwerkstätten mit Maschinenbetrieb und die Wäschereien.

Ein recht bedeutender Antheil fällt auch den häuslichen Feuerstätten zu, wo Kohlenbeschickung die Regel bildet.

Von den Grossbetrieben wurden arge Belästigungen in solchen Fällen verzeichnet in welchen das Mass der Kesselflächen den von ihnen ständig oder zeitweise geforderten Leistungen gegenüber zu klein gewählt war.

Bei den Kleinbetrieben und den häuslichen Feuerungsstätten beschränkten sich die Mittel zur Abhülfe in der Regel auf eine Erhöhung und Querschnittserweiterung der Schornsteine oder auf die Anwendung eines andern weniger Rauch und Russ entwickelnden Brennmaterials. Gegenüber den Grossbetrieben führte die Erhöhung oder Erweiterung der Schornsteine nur in wenigen Fällen zum Ziele, während die Vergrösserung der Kesselflächen stets ein unerwartet günstiges Ergebniss lieferte. Daneben kommt, wie allseitig anerkannt, der Schulung und Beaufsichtigung der Heizer eine bedeutsame Rolle zu, während die verschiedenen Rauchverzehrungseinrichtungen einen nachweisbaren Erfolg nicht erkennen liessen.

Wenn dem Verf. darin beizustimmen ist, dass für alle genehmigungspflichtigen Feuerstätten die in den verschiedenen Staaten durch Gesetze, Verordnungen und Ortsstatute gegebenen Bestimmungen im Allgemeinen ausreichen, erhebliche Rauch- und Russbelästigung zu verhüten, und zwar besonders dann, wenn die Fabriken überall von den Wohnungen genügend entfernt und der vorherrschenden Windrichtung abgewandt errichtet werden, so hat dies zur Voraussetzung, dass seitens der Verwaltungsbehörden gegen alle durch Rauch oder Russ hervorgebrachten Belästigungen und Schädigungen in jedem Fall mit aller Energie vorgegangen wird. Dasselbe gilt gegenüber den Kleingewerbsbetrieben, die, wo die Belästigungen in anderer Weise nicht zu beseitigen sind, gleichfalls ausserhalb der eigentlichen Wohnviertel zu errichten sind. Ein energisches Vorgehen gegen diese Rauch- und Russbelästigung, als eine der grössten und mit Rücksicht auf die fortschreitende Zunahme der Industrie sich stetig steigernde öffentliche Gefahr ist um so mehr geboten, als neben der Grossindustrie, den Kleinbetrieben und den häuslichen Feuerungsstätten die Lokomotiven der Eisenbahn und Strassenbahnen zur Vermehrung der Rauch- und Russplage, tagaus, tagein in erheblichem Masse beitragen.

Roth-Potsdam.

Die hygienische Bedeutung der Benützung von Wassergas.

Von James Charles Mc. Walter-Dublin.

(The Brit. med. Journal 18. Aug. 1900.)

Der zunehmende Verbrauch von Wassergas durch viele Gasgesellschaften ist eine Quelle von ausgesprochener Gefahr für die Konsumenten und zwar aus verschiedenen Gründen. Einmal kann die Anlage der Röhren undicht sein und lecken, dann aber bildet das gelegentliche Offenbleiben des Hahnes, weil das Gas geruchlos ist, eine Hauptgefahr. Weiter ist es möglich, dass Kohlenoxyd zusammen mit den anderen Gasen durch die bleiernen und zusammengesetzten Röhren vermittelst Osmose hindurchtritt und zwar Kohlenoxyd leichter als die anderen Gasarten: So war die Folge der Einführung von Wassergas in den Städten eine sofort eintretende enorme Zunahme der Todesfälle, welche Kohlenoxydvergiftung als Ursache hatten. Deshalb sind gesetzliche Massregeln nothwendig, welche die Beimischung von Kohlenoxyd beschränken und die Gasgesellschaften verhindern, ohne Warnung Kohlengas und Wassergas beliebig zu mischen. Und wenn man der Frage grössere Aufmerksamkeit schenkt, dürfte es auch wohl möglich sein, bessere und exaktere Mittel zu finden, kleinste Mengen dieses Gases zu bestimmen, als die Methode, welche auf der Absorbirung durch Kupferchlorid beruht.

Franz Meyer-Berlin.

Gesundheitliche Uebelstände und Gefahren der Acetylenbeleuchtung und ihre Verhütung.

Von P. Roeseler.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. 32, S. 517 u. 7.)

Bei der Herstellung des Acetylens ist erstes Erforderniss, dass es von allen Verunreinigungen, namentlich Phosphorwasserstoff, Schwefelwasserstoff, organischen Schwefel- und Phosphorverbindungen befreit wird, um einer Luftverschlechterung und

Explosiongefahr nach Möglichkeit vorzubeugen. Diesem Zwecke dienen die Reinigungsvorrichtungen. Von den Reinigungsverfahren sind es namentlich drei, die Eingang in die Praxis gefunden haben, die Chlorkalkreinigung von Lunge und Cederkreutz, verbessert von Wolff, die Reinigung mittels sauer Metallsalze von Alb. R. Frank und die Reinigung mittels angesäuerter Chromsäurelösung nach Ullmann. Wenn auch keines von diesen Reinigungsverfahren eine vollkommene Reinigung gewährleistet, so ergeben sie doch im grossen Ganzen für die Praxis genügende Resultate, indem sie vor Allem auch eine wesentliche Luftverderbniss ausschliessen.

Bei der Verwendung des Acetylens beruht die grösste Gefahr in der gewaltigen explosiven Kraft dieses Gases. Diese Explosionsgefahr steigert sich bei Vermischung des Acetylens mit Luft. Solche Acetylen-Luftgemische bilden sich namentlich bei der Inbetriebsetzung neuer und gereinigter Apparate und beim Oeffnen der Apparate zum Zwecke der Reinigung. Diese Explosionsgefahr wird ferner unter dem Einfluss erhöhten Drucks gesteigert, eine Gefahr, der durch Vermischen des Acetylens mit indifferenten Gasen, Fett- oder Steinkohlengas vorgebeugt werden kann. So wurde auf Gerdes Empfehlung für die Eisenbahnbeleuchtung ein Gemisch von 30 Proz. Acetylen und 70 Proz. Fettgas in Anwendung gebracht, welches ohne Explosionsgefahr auch im komprimirten Zustande mitgeführt werden kann.

Ausserordentlich gefährlich ist das Acetylen in komprimirtem, flüssigem Zustande, und zwar ist die explosive Kraft des flüssigen Acetylens nach Berthelot ungefähr der der Schiessbaumwolle gleich zu erachten. Flüssiges Acetylen ist daher als Sprengstoff im Sinne des Gesetzes zu erachten und fällt unter die Bestimmungen des Gesetzes vom 9. Juni 1884. Auf die nicht fabrikmässige Herstellung und die Verwendung des Acetylens bezieht sich der Min.-Erlass vom 2. November 1897 und die Polizeiverordnung für Berlin vom 25. November 1897. Am besten wäre es, die Abgabe von flüssigem Acetylen gänzlich zu verbieten. Auch bezüglich der für das gasförmige Acetylen geltenden Vorschriften hält der Verf. eine Abänderung für angezeigt, und zwar würden sich diese Bestimmungen nicht sowohl gegen die sog. Acetylenfabriken zu richten haben, welche schon jetzt als „chemische Fabriken" im Sinne des § 16 der Gew.-Ordnung konzessionspflichtig sind und einer ständigen Kontrole seitens der Gewerbeaufsichtsbeamten unterliegen, sondern vielmehr gegen die schon vielfach von kleineren Gemeinden und Fabriken angelegten Acetylen-Gasanstalten und gegen die Hausanlagen, welche bisher nur einer polizeilichen Abnahme bedürfen. Zu den in dieser Hinsicht für Berlin erlassenen Vorschriften müssten noch weitere, vom Verf. ausgeführte Vorschriften über Einrichtung und Ausführung der Apparate, wie über die Art der Bedienung und den gesammten Betrieb hinzukommen, welche als Richtschnur für eine behördliche Kontrole seitens besonderer, mit den einschlägigen Verhältnissen vertrauter Sachverständiger zu dienen hätten, um auf diese Weise den mit dieser namentlich für den Kleinbetrieb ausserordentlich geeigneten Beleuchtungsart verbundenen Gefahren und sanitären Uebelständen nach Möglichkeit vorzubeugen. Roth-Potsdam.

Aus Vereinen und Versammlungen.

XVI. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins

am 28. und 29. September.

Reg.- und Med.-Rath Dr. **Penkert**-Merseburg: Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken. Die Ausführungen des Vortrages gipfelten in einer Reihe von Leitsätzen folgenden Inhalts:

1. Die Zunahme der Drogenhandlungen und die damit verbundene Gefahr für das öffentliche Wohl macht eine strenge staatliche Beaufsichtigung des Verkehrs mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken immer mehr erforderlich.

2. Die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 hat nach ihrem Wortlaute eine vielfach auseinandergehende Rechtsprechung zur Folge gehabt und den Schutz des Publikums vor Gesundheitsgefährdungen nicht genügend gewährleistet. Es ist daher eine Revision derselben nothwendig geworden. Der vorliegende Entwurf zu ihrer neuen Fassung bedarf noch mehrfacher Abänderungen.

3. Auch die gesetzlichen Bestimmungen über den Vertrieb von Geheimmitteln sind nicht ausreichend und erheischen eine einheitliche Regelung in allen Bundesstaaten.

4. Eine umfassende wirksame Durchführung der Ueberwachung des Arzneimittelverkehrs ausserhalb der Apotheken setzt eine Anmeldung aller in Frage kommenden Handlungen voraus.

5. Die von den Ortspolizeibehörden vorzunehmenden Besichtigungen der Drogen- und Gifthandlungen sind stets unter Zuziehung des ständigen Medizinalbeamten auszuführen, erforderlichenfalls auch unter Beihilfe eines approbirten Apothekers oder eines für die Thätigkeit geeigneten Drogisten.

6. Der Erlass gleichlautender Vorschriften über Einrichtung, Betrieb und Beaufsichtigung der Drogenhandlungen für das gesammte Staatsgebiet ist dringend nöthig. Hierbei bedarf insbesondere auch die Frage der Einziehung und Vernichtung verdorbener und verfälschter Arzneiwaaren der Lösung.

In der angeregten Debatte wurde den Leitsätzen allgemeine Zustimmung zu Theil, nur der fünfte erfuhr eine Veränderung, insofern statt „Zuziehung" „Leitung" gesetzt und die Möglichkeit der Zuziehung eines Nahrungsmittelchemikers bei grösseren Geschäften offen gelassen wurde.

Prof. Dr. **Lubarsch**-Posen: Ueber die Veränderung vergrabener Leichentheile. L. prüfte experimentell, wie lange gewisse krankhafte Veränderungen der Organe beim Aufenthalt der Leichen in der Erde, insbesondere im Sarge, erhalten bleiben, indem er kranke Organe in Kisten unter Beifügung faulender Stoffe vergrub. Entzündliches Lungenödem war schon nach zwölf Tagen, meist nicht mehr nachweisbar. Länger hielten sich Ausschwitzungen im Lungengewebe (Hepatisationen), die je nach ihrer Ausdehnung noch nach fünf bis acht Wochen erkennbar waren. Sehr rasch, nach einer kurzen Reihe von Tagen verschwanden in Folge der Fäulnissneigung des Blutes kleine Blutungen unter die serösen Häute, ebenso Fettembolien. Organverfettungen verlieren gleichfalls schnell ihre Erkennbarkeit, weil das ganze mikroskopische Bild zellreicher Theile bald undeutlich wird.

Aus der Diskussion ist hervorzuheben, dass Gerichtsphysikus **Puppe**-Berlin seine Bedenken gegen die unbedingte Uebertragbarkeit solcher an einzelnen Organstücken angestellten Versuche auf die ganze menschliche Leiche aussprach.

Dr. **Hildebrandt**-Berlin: Zur gerichtsärztlichen Kenntniss des Sadebaumöls. Es handelt sich hier nur um eine vorläufige Mittheilung, dahin gehend, dass der giftigste Bestandtheil des Oels, das Sabinol $C_{10}+_{16}O$ (Fromm), welches bei Thieren zum Auftreten von Blutfarbstoff, Methaemoglobin und Blutkörperchen im Harn führt, in diesem auf chemischem Wege nachgewiesen werden kann.

Dr. **Ziemke**-Berlin: Die neueren Methoden des forensischen Blutnachweises. Der Vortrag enthielt im Wesentlichen dieselben Thatsachen wie das in No. 18 dieser

Zeitschrift gebrachte Sammelreferat. Wir können uns daher damit begnügen, dieses aus jenem durch einige Einzelheiten zu ergänzen.

Was die Darstellung der Blutkörperchen aus eingetrocknetem Blute betrifft, so empfiehlt sich neben dem von Puppe ausgegebenen Gemisch von gleichen Theilen Formalin und offizineller Kalilauge die Methode von M. Richter. Dieser benützt Pepsinglycerin, welches bei Zimmertemperatur das Fibrin viel früher auflöst als die Blutkörperchen, diese daher scharf hervortreten lässt.

Die Ipsensche Angabe, dass man bei der Kratter'schen Probe störende organische Substanzen leicht entfernen kann, indem man die Schwefelsäure, wenn sie sich geschwärzt hat, immer wieder abgiesst und erneuert, kann Z. nach eigener Anschauung nicht bestätigen.

Für die Unterscheidung von Menschen- und Thierblut wollte Magnanimi die verschiedene Widerstandsfähigkeit des Oxyhaemoglobins verschiedener Thierklassen gegen die Umwandlung in Haematin durch Kalilauge benützen, wobei in der Stufenleiter Menschenblut am niedrigsten steht. Ziemke kann die Angaben M. bestätigen, aber die individuellen Schwankungen sind zu gross, als das die Methode vorläufig praktisch verwerthbar wäre.

Die Unterscheidung der verschiedenen Thier-Haemoglobine aus ihren Krystallformen, die Dwornitschenko vorgeschlagen hat, hält Ziemke mit Filomusi-Guelfi für undurchführbar.

Eingehendstes Interesse beansprucht die letzte Diskussion, deren Gegenstand die Durchführung der Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten war. Sie wurde eingeleitet durch den Vortrag von Prof. **Wernicke-Posen**, Direktor des hygienischen Instituts: Die neueren Fortschritte auf dem Gebiete der Wohnungsdesinfektion. Die bisher gebräuchliche Wohnungsdesinfektion, welche die in der Behausung des Erkrankten, in den Wohnräumen, an den Gegenständen der Krankenwohnung, den Effekten etc. verbliebenen Krankheitskeime durch Anwendung mechanisch-chemisch wirkender Mittel und durch die Verwendung des siedenden Wasserdampfes zu beseitigen erstrebte, hat durch die Verwendung des Formalins eine äusserst schätzenswerthe Bereicherung erfahren, wenn damit bei einer Reihe von Krankheiten die bisher übliche Wohnungsdesinfektion auch nicht verdrängt worden ist. Jedenfalls hat die Formalindesinfektionsmethode auf Grund der bisherigen Erfahrungen, auch nach denen des Vortragenden in Posen, sich Bürgerrecht erworben, um in der zuerst von Flügge empfohlenen Art und Weise Verwendung zu finden.

Der Vortragende erörtert darauf die verschiedenen Methoden der Verwendung des Formalins zu Desinfektionszwecken. Die richtige Handhabung der Formalindesinfektionsmethode setzt aber die Ausbildung von Desinfektoren voraus. Ja, der ganze Erfolg der Desinfektion hängt von gut geschulten Desinfektoren ab. Eine der wichtigsten Forderungen für die Ausführung von Desinfektionen überhaupt, für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten namentlich in den kleinen Städten und auf dem platten Lande sei die Ausbildung und das Vorhandensein von Desinfektoren in jeder, auch der kleinsten Ortschaft. Da Formalindesinfektionsapparate mit geringen Kosten zu verschaffen sind, während die Beschaffung grösserer Dampfdesinfektionsapparate wegen der hohen Kosten schwierig ist, so sei bei der Ausbildung der Desinfektoren namentlich Werth auf die Herstellung von improvisirten Dampf-Apparaten zu legen, wie Fässern, grösseren kastenartigen Vorrichtungen, in welche man heissen Wasserdampf leicht durch Kochen von Wasser in Kesseln oder von Lokomobilen aus hineinbringen könne. Namentlich auf dem Lande und den kleinen Städten liege die Wohnungsdesinfektion darnieder.

Eine der wichtigsten Funktionen des Kreisarztes müsse es sein, die Desinfektion in seinem Bezirk zu überwachen, die Desinfektoren auszubilden und Repetitionskurse mit denselben abzuhalten. Jeder Wohnungsdesinfektion bei Diphtherie, Typhus, Tuberkulose habe die bakteriologische Diagnose der Krankheit voranzugehen. Die Sicherung dieser Diagnose habe durch besondere hygienische Institute zu erfolgen, welche bei jeder Regierung eines Regierungsbezirkes errichtet werden sollten, und mit welchen die zukünftigen Kreisärzte in regstem Konnex zu stehen hätten. Diesen Instituten müsse die Sorge für die Hygiene der Regierungsbezirke übertragen werden.

Die Wohnungsdesinfektion nach Ablauf der Krankheit sei aber nur eine halbe Massnahme, wenn nicht ganz besonders desinfektorische Massnahmen während des ganzen Verlaufs der Krankheit Platz griffen; denn der Kranke stehe während der ganzen Krankheit im Mittelpunkt des Infektionsherdes und von ihm ausgehend werde der Krankheitsstoff verschleppt. Mit der Desinfektion während der Krankheit hapere es ganz besonders. Vielfach läge es an dem Mangel von Mitteln, vielfach aber auch an den ganzen Wohnungsverhältnissen und der Armuth der niederen Stände, vielfach ferner an der Nichtbefolgung der ärztlichen Anordnungen oder am Mangel ärztlicher Anordnungen sowie am Mangel von zweckmässigem Pflegepersonal. Um hier Abhülfe zu schaffen, sei in erster Linie die möglichst häufige Verbringung von Kranken mit ansteckenden Krankheiten (in praxi namentlich Diphtherie, Typhus, Scharlach) in Krankenhäusern nothwendig; weiterhin müsse das Krankenpflegepersonal vermehrt werden; desgleichen sei eine sorgfältige Instruktion desselben betreffs der desinfektorischen Massnahmen je nach der Krankheit durchaus nöthig; für Unbemittelte sei die Krankenpflegerin, die Mittel zur Desinfektion unentgeltlich behördlicherseits zu liefern bezw. zu bezahlen. In grösseren Städten seien in den Stadttheilen, die von der ärmeren Bevölkerung bewohnt würden, in den grossen Miethskasernen immer einige Zimmer mit Küche und Zubehör frei zu halten, in welche bei Ausbruch ansteckender Krankheiten wenigstens einige Kranke und eine Pflegerin untergebracht werden könnten.

Als Korreferent folgte:

Kreisphys. Dr. **Keferstein-Nimptsch**: Ueber Ausbildung und Anstellung von Desinfektoren, zugleich eine Erörterung der Formalindesinfektion. Zur wirksamen Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten ist die Desinfektion unentbehrlich, doch muss dieselbe sachgemäss ausgeführt werden. So lange Desinfektorenschulen nicht vorhanden sind, hat der Kreisphysikus am besten die Ausbildung und Prüfung des Desinfektorenpersonals zu übernehmen. Die Prüfung könnte ähnlich sein, wie sie jetzt für die Heilgehülfen oder Fleischbeschauer festgesetzt sind. Demnach sind zur Prüfung als Desinfektoren Personen beiderlei Geschlechts zuzulassen die als Zeugnisse beizubringen hätten:

1. Ein polizeiliches Führungsattest über ihren unbescholtenen Ruf.

2. Sobald sie dem Physikus nicht persönlich bekannt sind, ein Zeugniss darüber, dass sie in dem betreffenden Ort oder Bezirk, in welchem sie angestellt werden sollen, ihren dauernden Wohnsitz haben.

3. Falls der Physikus sie nicht selbst ausgebildet hat, ein Zeugniss über eine ausreichend lange Ausbildung in der Desinfektion.

Die Prüfungen können jederzeit stattfinden; der Prüfungs-

termin wird vom Physikus festgesetzt. An einem Termin dürfen höchstens drei Kandidaten zugleich geprüft werden.

Die Prüfung zerfällt in einen theoretischen und praktischen Theil. Im ersteren ist festzustellen, ob der Prüfling eine allgemeine Uebersicht über das Entstehen der ansteckenden Krankheiten und über das Vorkommen und die Lebensweise der Bakterien als Krankheitserreger hat, wie auch über die Wirkungsweise der Desinfektion.

Im praktischen Theile hat er seine Fertigkeit im Gebrauche der Desinfektionsapparate und Desinfektionsmassnahmen darzuthun. Beide Theile werden an einem Termin abgehalten.

Nach bestandener Prüfung ertheilt der Gesundheitsbeamte ein amtliches Zeugniss, worin ausgesprochen wird, dass der Prüfling die für die Ausführung der Desinfektion erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt.

Unter den Heilgehülfen, Barbieren, Krankenwärtern und Krankenwärterinnen, Fleischbeschauern und Fleischbeschauerinnen, Amtsdienern, Gemeindedienern und Todtengräbern giebt es geeignete Kräfte genug, die gerne die Beschäftigung als Desinfektor mit übernehmen werden. Denn wenn auch in der Grosstadt ein oder mehrere Desinfektoren vollauf zu thun haben werden, so wird doch in der Mittel- und Kleinstadt der Betreffende noch eine andere Beschäftigung haben müssen. Besonders eignen sich auf dem Lande die Gemeindediener, die an und für sich schon als Beamte ein gewisses Ansehen geniessen, was für einen Desinfektor sehr werthvoll ist.

In welcher Art der Desinfektion soll die Ausbildung geschehen? Nachdem durch Professor Flügge in Breslau ein Verfahren der Wohnungsdesinfektion durch Formaldehyd eingeführt ist, das die Infektionserreger abtödtet, ohne die Möbel und andere Utensilien zu schädigen und die Bewohner allzu sehr zu belästigen, scheint die Formalindesinfektion nach Breslauer Muster am geeignetsten. Es ist dieses Verfahren durch mehrere Hunderte von Desinfektionen praktisch erprobt worden; der desinfektorische Effekt war vollkommen befriedigend, desgleichen sind nie Klagen über Beschädigung von Kleidern, Betten und dergleichen laut geworden, was bei der früheren Dampfdesinfektion nicht der Fall war. Auch im Kreise Nimptsch wird die Flügge'sche Formaldehyddesinfektion geübt zur vollkommenen Zufriedenheit aller Betheiligten. Das Dampfdesinfektionsverfahren dagegen war wenig beliebt; denn der Eingriff der Desinfektoren in das Eigenthum der Bewohner, das Fortschaffen der Sachen in die Desinfektionsanstalt und die oft vorkommende Beschädigung derselben und der Wohnung durch die Desinfektion war wenig angenehm.

Referent erörtert hierauf das Flügge'sche Verfahren und dessen Grundsätze; er betont hierbei, dass das Formaldehyd nur Oberflächendesinfektion leistet, worauf Flügge in seiner Instruktion auch gebührende Rücksicht genommen hat. Als Anlage zu seinem Vortrage ist die Breslauer Polizeiverordnung, betreffend Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten, welche das Flügge'sche Desinfektionsverfahren mit Formaldehyd enthält, mitgetheilt. Dem Verfahren ist zwar der Vorwurf nicht erspart geblieben, dass es nicht alle Dauerformen der Bazillen abtödtet; doch ist dies für die Praxis unwesentlich; denn der Formaldehyd entfaltet kräftige Wirkung gegenüber Diphteriebazillen, Pestbakterien, Tuberkelbazillen, Milzbrandsporen, Influenza-, Cholerabakterien, Streptokokken; seine Wirkung ist unsicher nur gegenüber dem Staphylococcus pyogenes aureaus und sehr widerstandsfähigen Sporen von Saprohyten. Demnach hat der Formaldehyd fast bei allen bekannten Krankheitserregern eine ausgezeichnete Wirksamkeit. Man dürfe nicht zu viel verlangen; wäre ein Universaldesinfektionsmittel bekannt, das alle Krankheitserreger rasch und sicher abtödtet, leicht in die zu desinfizirenden Gegenstände eindringt, diese nicht beschädigt, ungiftig oder doch wenig giftig und dabei billig ist, sich auch nicht leicht bei der Berührung mit Exkreten zersetzt und sich möglichst mechanisch ohne besondere Kunsthülfe im Raum überall hin verbreitet, so würde dieses Universalmittel gebraucht werden. Ein solches Mittel giebt es aber bisher nicht, doch kommt der Formaldehyd ihm am nächsten.

Nachdem Referent noch die übrigen Verfahren zur Formalindesinfektion von Trillat, Schering (Formalinpastillen), Walter-Schlossmann (Formalin mit Glycerinzusatz), Krell-Elb (Karbolformal-Briquettes), Czaplewski und Praussnitz (mit Sprayapparat) sowie die Rosenberg'sche Methode mit Holzin und das neueste, der Schering'schen Fabrik patentirte Verfahren (Uebergiessen von zerkleinertem Aetzkalk mit verdünntem Formalin, ein Verfahren, das bisher von sachverständiger Seite noch nicht genügend erprobt ist) geschildert hat, kommt er auf die Befugniss der Polizei zur Erlassung einer Desinfektionsordnung zu sprechen. Dieselbe gründet sich auf die §§ 5, 6 und 15 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 und für Landkreise auf den § 142, für Stadtkreise auf §§ 143 und 144 des Gesetzes über die Allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883. Auch der § 327 des Strafgesetzbuches ist hier wichtig.

Die amtliche Bestallung als Desinfektor wird auf Ansuchen der Betreffenden, welche die Prüfung als Desinfektoren bestanden haben, von der Ortspolizeibehörde nach dem Bedürfniss für einen bestimmten Bezirk auf Widerruf ertheilt. Wieviel Desinfektoren für die einzelnen Kreise und Städte erforderlich sind, richtet sich nach der Ausdehnung und Einwohnerzahl. Breslau mit seinen fast 400000 Einwohnern braucht nur 5 Desinfektoren, die täglich 4 bis 5 Desinfektionen oder auch noch mehr ausführen können. In den Landkreisen rechnet man am besten auf 6000 bis 10000 Einwohner einen Desinfektor, der dann einen Umkreis von etwa einer Meile zu versorgen hat, so dass die einzelnen Desinfektoren etwa zwei Meilen von einander entfernt wären. Sind zu viel Desinfektoren angestellt, so treten sie zu selten in Thätigkeit, wodurch bald Mangel an Uebung entsteht.

Im Kreise Nimptsch sind 300 bis 500 Mark zu Desinfektionszwecken jährlich ausgeworfen. Der Kreis kauft die Desinfektionsmittel durch den Kreisphysikus, der sie nach Bedarf an die Desinfektoren abgiebt. Der Desinfektor bekommt für die Desinfektion 3 Mark aus Kreismitteln; machen sich Desinfektionen im Dampfapparat nothwendig, so erhält er, falls er den Transport begleitet, für die erste Stunde 1 Mark, für jede folgende angefangene Stunde 50 Pfg. Die Kosten der Desinfektion sollen durch den Kreis von den bemittelten Haushaltungen zwar wieder eingezogen werden, doch erstreckt sich das nur auf die 3 Mark, die der Desinfektor bekommt.

Um den Desinfektoren auf dem Lande das giftige Sublimat nicht in die Hand zu geben, wird als Desinficiens Kresolseifenlösung gebraucht oder nur Schmierseifenlösung. Bei letzterer muss die Wäsche aber nachher noch in Wasser ausgekocht werden. Wollsachen vertragen heisses Wasser nicht, da sie sonst filzig werden.

Um den Transport zum Dampf-Desinfektionsapparat zu vermeiden, mit welchem oft auf dem Lande ein Meilen weiter Weg verbunden ist, kann man auch die Kleider und Betten, nachdem dieselben der Formalindesinfektion unterzogen waren, an einen warmen, trockenen, vor Regen geschützten Ort bringen und dort möglichst im Sonnenlicht mehrere Tage gründlich lüften lassen. Dieses Verfahren ist bei Unterleibs-

typhus und Ruhr anwendbar, nur ist das Bettstroh aus den infizirten Betten zu verbrennen oder tief zu vergraben, was sich auf dem Lande leicht durchführen lässt, da hier Matratzen nur in den besseren Familien angetroffen werden.

So ist die Formalindesinfektion bei fast allen ansteckenden Krankheiten anwendbar und scheint dieselbe besonders dazu berufen, mitzuhelfen an der zielbewussten Bekämpfung der Volksseuchen. (Autorreferat.)

Die Diskussion eröffnete Kreisphys. San.-R. Rubensohn-Graetz. Seiner Meinung nach genügt auf 15—16000 Einwohner je ein Desinfektor. Wenn mehr vorhanden sind, kommen sie nur aus der Uebung. Im Kreise Graetz funktionirt das Desinfektionswesen seit 1895 mit 2 Desinfektoren vorzüglich. Besondere Schäden an Gegenständen durch Dampfdesinfektion sind nie vorgekommen. Ersatz für die Desinfektionskosten wird erst von einem bestimmten Steuersatz an gefordert.

Wernicke befürwortet gegenüber Keferstein die Ausbildung der Desinfektoren nicht durch die Physiker, sondern an Instituten. Gleichzeitig schlägt er als Thema für die nächste Versammlung vor: Welche Massnahmen sind zur Desinfektion während einer Krankheit zu ergreifen?

Rapmund-Minden geht auf diesen letzteren Punkt näher ein. Er hält die Desinfektion nach den Krankheiten durch Desinfektoren auch bei der Formalinmethode für misslich, sie wird unbeliebt bleiben und treibt die Kranken den Pfuschern in die Hände. 95 Prozent aller Seuchenverschleppungen kommen während der Krankheit zu Stande. Er hat daher probeweise in seinem Regierungsbezirk folgendes System seit $1^1/_2$ Jahren eingeführt: Wenn ein approbirter Arzt bescheinigt, dass während der Krankheit eine Desinfektion ordnungsmässig durchgeführt ist, braucht die Nach-Desinfektion nicht zu erfolgen, ausser bei Pocken, Flecktyphus, Pest. Seitdem sind die ansteckenden Krankheiten eher seltener als zahlreicher geworden. Dies Verfahren wirke gleichzeitig der Kurpfuscherei entgegen, da Kurpfuscher-Atteste natürlich ungiltig seien.

Lebhafte Erörterungen knüpften an die Wahl der Personen zu den Desinfektor-Stellen an. Vor der Verwendung der Gemeindediener warnten eindringlichst Rapmund und Steinberg-Lauban. Schmiele-Weissenfels regte die Verwendung von Mitgliedern der Sanitätskolonnen an, die jedoch von Steinberg, Wenck-Pinneberg, Holthoff-Salzwedel durchaus verworfen wurde. Es wurde angeführt, dass in Kriegszeiten die Sanitäts-Kolonnen nicht im Lande seien, und dass sie sich thatsächlich im Kreise Pinneberg bei Choleratransporten gänzlich versagten. Allgemein günstig war die Stimmung für Ausbildung von Frauen als Desinfektoren; von ihnen könne man Reinlichkeit, Behutsamkeit, Nüchternheit und — last not least — Billigkeit erwarten. Rapmund sucht eine Hauptschwierigkeit bei der Erlangung guter Desinfektoren in der Geldfrage. Gewöhnlich sind die Leute zuerst willig und fleissig. Wenn sie aber sehen, dass sie nur selten in Thätigkeit treten, daher nur wenig an Gebühren verdienen, lassen sie nach. Ein festes Gehalt müsste gewährt werden. Befürchtungen Steinbergs, dass die Formaldehyd-Desinfektion sich in Proletarierwohnungen, die schlecht abzudichten sind, nicht bewähren wird, wies Wernicke zurück. Wenn man nicht gut abdichten könne, brauche man nur mehr Formalin zu verdampfen, das genüge schon.

Ueber die Ausbildung der Desinfektoren machten Oebbeke-Breslau, Barnick-Frankfurt a. O. und Steinberg-Lauban kürzere Bemerkungen.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Verweigerte Krankenhausbehandlung.

Rek.-Entsch. vom 12. März 1900.

Gegen eine Entscheidung des Schiedsgerichts hatten beide Parteien Rekurs eingelegt. Die Genossenschaft hatte beantragt, ihre Bescheide vom 24. Juni und 5. Juli 1899 wieder herzustellen, und die zulässigen und aussergerichtlichen Kosten beider Instanzen, insbesondere die durch die Gegenpartei veranlassten, dem Verletzten aufzuerlegen. Der Kläger P. hat auf Zurückweisung des Rekurses der Genossenschaft und Verurtheilung derselben zur Fortgewährung der Kosten des Heilverfahrens angetragen. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Reichs-Versicherungsamt hat der erschienene Vertreter des Klägers zum Beweise des verwandtschaftlichen Verhältnisses des Klägers zu dem Gastwirth Sch. in L. eine Bescheinigung des evangelischen Pfarramts in W. vom 9. März 1900 überreicht. Das Reichs-Versicherungsamt wies dann beide Rekurse aus folgenden Gründen ab: Dem Rekurse des Klägers zunächst konnte deshalb nicht stattgegeben werden, weil das Rechtsmittel erst nach Ablauf der vierwöchigen Rekursfrist beim Reichs-Versicherungsamt eingegangen ist. Denn das schiedsgerichtliche Urtheil ist dem bevollmächtigten Vertreter des Klägers nach postamtlicher Auskunft am 27. Oktober 1899 zugestellt worden, während die Rekursschrift beim Reichs-Versicherungsamt erst am 25. November 1899, also einen Tag zu spät einlief. Der Rekurs der Genossenschaft andererseits ist zwar rechtzeitig erhoben, indessen sachlich unbegründet. Denn nach Lage der Akten muss die streitige Frage, ob die Genossenschaft auf Grund des § 7 des Unfallversicherungsgesetzes befugt war, dem Kläger an Stelle der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit und der besonderen Kosten des Heilverfahrens (§ 5 a. a. O.) die freie Kur und Verpflegung in der Heilanstalt des Dr. S. in A. zu gewähren und bei seiner Weigerung, ihm jede Entschädigung bis auf Weiteres zu versagen, mangels der thatsächlichen Voraussetzungen des § 7 a. a. O. verneint werden. Allerdings ist der Genossenschaft darin beizutreten, dass jedenfalls zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Bescheide das Heilverfahren bei dem Kläger noch nicht abgeschlossen war. Es kann ihr jedoch darin nicht gefolgt werden, dass der Kläger nicht „bei einem Mitgliede seiner Familie gewohnt" habe bezw. wohne, und dass er deshalb auch wider seinen Willen gemäss der freien Entschliessung des berufsgenossenschaftlichen Organs in ein Krankenhaus zur Heilbehandlung verbracht werden könne. Durch die vom Kläger vorgelegte pfarramtliche Bescheinigung ist erwiesen, dass die uneheliche Mutter des Klägers und der Gastwirth Sch., bei dem der Kläger wohnt, von ein und derselben Mutter abstammen, der Gastwirth Sch. also der blutsverwandte Oheim des Klägers ist; denn die Unehelichkeit der Geburt des Klägers und seiner Mutter hindern nicht die Verwandtschaft — zu vergleichen Bürgerliches Gesetzbuch §§ 1589 und 1705 —. Wird nun ferner in Betracht gezogen, dass der Kläger schon früher als Lehrling und Geselle fünf Jahre lang und dann seit dem Tode seiner Mutter dauernd in häuslicher Gemeinschaft mit Sch. gelebt hat, so muss Letzterer als ein „Mitglied der Familie" des Klägers im Sinne der angezogenen Gesetzesbestimmung betrachtet werden. Der Auffassung der Genossenschaft, dass als Mitglieder der Familie nur die Ehefrau, Aszendenten und Deszendenten und allenfalls Geschwister gelten könnten, hat sich das Reichs-Versicherungsamt nicht angeschlossen. Der Begriff des Familienmitgliedes ist erheblich weiter, als der der Angehörigen im § 7 Abs. 2 des Unfallversicherungsgesetzes. Er ist jedenfalls auch auf solche

näheren Blutsverwandten auszudehnen, mit welchen der Verletzte — hauptsächlich wegen seiner verwandtschaftlichen Beziehung — für längere Zeit in eine häusliche Gemeinschaft getreten ist. Es kann hiernach die Krankenhausbehandlung gegen den Willen des Klägers — so lange er bei Sch. wohnt —, nur dann über ihn verhängt werden, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann. Nach den vorliegenden ärztlichen Gutachten, insbesondere dem des Geheimen Medizinalraths Professors Dr. H. in L. vom 20. September 1899, ist aber diese Bedingung zweifellos nicht erfüllt; es könnte danach viel eher bezweifelt werden, ob die Behandlung des Klägers in einer Krankenanstalt überhaupt geeignet ist, die weitere Heilbehandlung zu fördern. Nicht einer der befragten Aerzte hat diese gesetzliche Voraussetzung bejaht und der bisherige gute Erfolg der Behandlung und Verpflegung in der Familie spricht überzeugend dagegen. Auf Grund des § 7 des Unfallversicherungsgesetzes war die Genossenschaft mithin nicht befugt, dem Kläger ohne seine Zustimmung die Krankenhausbehandlung an Stelle der ihm zustehenden Rente zu gewähren. Die angefochtenen Bescheide sind also mit Recht aufgehoben worden. M.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Tod liegt nicht nur dann vor, wenn der Unfall die unmittelbare Ursache des Todes ist, sondern auch dann, wenn dieser sich als die mittelbare Folge des Unfalls darstellt.

Rek.-Entsch. v. 11. Juli 1900.

Am 16. August 1899 hat der Schlepper Anton M. auf der Zeche General Blumenthal eine Verletzung des 5. Fingers der rechten Hand erlitten. Der Verletzte ist von dem behandelnden Arzt in das Prosper-Hospital geschickt worden, wo der Finger abgenommen wurde. Im Krankenhause brach während der Anwesenheit des M. eine heftige Ruhrseuche aus, von welcher derselbe ergriffen wurde und daran am 11. September 1899 starb. Der Anspruch der Hinterbliebenen auf Unfallrente wurde vom Sektionsvorstande abgelehnt, weil die Erkrankung weder in unmittelbarem, noch in mittelbarem ursächlichen Zusammenhange mit dem Unfall stehe, auch beruhe die Ueberweisung des M. in das Krankenhaus nicht auf einer von der Berufsgenossenschaft getroffenen Anordnung. Mit der Berufung vom Schiedsgerichte zurückgewiesen, legten die Hinterbliebenen Rekurs ein und beantragten Gewährung der gesetzlichen Renten, sowie Erstattung der ihnen in der Rekursinstanz erwachsenen Kosten. Sie führten aus, dass die Ruhr nicht in allen Fällen und namentlich nicht immer bei Männern im besten Alter einen tödtlichen Ausgang nehme, und dass der Verstorbene dieser Krankheit auch nicht erlegen sein würde, wenn sein Körper nicht durch die Verletzung weniger widerstandsfähig gemacht worden wäre. Auch müsse entgegen den Ausführungen des Schiedsgerichts angenommen werden, dass der Verstorbene wegen der in Folge der Fingerverletzung erfolgten Aufnahme ins Krankenhaus in erhöhtem Masse der Gefahr ausgesetzt gewesen sei, an der Ruhr zu erkranken. Dem Rekurse wurde stattgegeben und die Berufsgenossenschaft unter Auferlegung von 20 Mk. Kosten verurtheilt, die Hinterbliebenen gemäss § 6 des Unf.-Vers.-Ges. zu entschädigen. Gründe:

Der Tod eines Versicherten ist als die auf Grund der Unf.-Vers.-Ges. zu entschädigende Folge eines Betriebsunfalls dann anzusehen, wenn Unfall und Tod in einem ursächlichen Zusammenhange mit einander stehen. Dieser Zusammenhang liegt nicht nur dann vor, wenn der Unfall die unmittelbare Ursache des Todes ist, sondern auch dann, wenn dieser sich als die mittelbare Folge des Unfalls darstellt. Einen solchen mittelbaren Zusammenhang zwischen Unfall und Tod hat das Rekursgericht im vorliegenden Falle nach dem schlüssigen und bestimmten Gutachten des Dr. B. als gegeben erachtet.

Der verstorbene Schlepper Anton M. ist wegen einer Verletzung des 5. Fingers der rechten Hand von dem Krankenkassenarzt Dr. J. ins Prosper-Hospital geschickt worden. In Chloroformnarkose wurde der verletzte Finger abgenommen. Der Verlauf der Heilung war ohne jede Störung, und M. hätte in wenigen Tagen als geheilt entlassen werden können. Da brach die heftige Ruhrseuche im Krankenhause aus; M. wurde von der Krankheit ergriffen und starb daran.

Allerdings trat die Seuche auch in Recklinghausen-Bruch, dem Wohnorte des M., auf, jedoch nicht mit solcher Heftigkeit, wie in dem Krankenhause. Von den in Recklinghausen-Bruch zurückgebliebenen Angehörigen des Verstorbenen ist beispielsweise Niemand von der Krankheit ergriffen worden.

Das Rekursgericht hat sich unter diesen Umständen dem Gutachten des Dr. B. dahin angeschlossen, dass M. dadurch, dass er zur Zeit der heftigen Hausepidemie gerade im Krankenhause in Folge der Verletzung verweilen musste, in weit höherem Masse der Gefahr der Ansteckung an der Ruhr ausgesetzt war, als wenn er sich in seinem Wohnorte aufgehalten hätte.

Das Rekursgericht hat weiterhin in Uebereinstimmung mit dem Sachverständigen angenommen, dass M., der in Folge der Operation noch geschwächt war, hierdurch für die Ansteckung an der Ruhr empfänglicher gewesen, und dass sein Körper auch weniger widerstandsfähig gewesen ist, so dass er der Krankheit erliegen musste. (Kompass.)

Aus dem Oberlandesgericht Rostock.

Delirium tremens und Trunksucht des Versicherten bei Versicherung auf den Todesfall.

Entscheidung vom 13. Februar 1900.

Nach § 20 der Versicherungsbedingungen der beklagten Gesellschaft „sind alle Ansprüche eines Versicherten oder einer dritten Person aus einer Police erloschen und die gezahlte Prämie der Gesellschaft verfallen, wenn der Versicherte durch muthwillige oder gefahrvolle Handlungen seinen Tod herbeiführt oder beschleunigt, oder wenn er an Säuferwahnsinn (delirium tremens) gelitten hat". Das Perfektum „gelitten hat" kann, da der Rechtsverlust selbstverständlich nicht mit dem Ende der Krankheit hat verknüpft werden sollen, logisch richtig nur gebraucht sein, wenn ausgesprochen werden soll, dass die Ansprüche verfallen sein sollen, wenn der Säuferwahnsinn beim Eintritt eines gewissen anderen Ereignisses vorhanden gewesen ist. Dieses andere Ereigniss kann bei der auf den Todesfall geschlossenen Versicherung nur der Tod des Versicherten sein. Die Richtigkeit dieser Auslegung wird dadurch bestätigt, dass an der fraglichen Stelle der Versicherungsbedingungen auch noch von anderen Vorgängen die Rede ist, durch welche der Tod des Versicherten herbeigeführt oder beschleunigt worden ist. Unbestritten ist unter den Parteien, dass der Versicherte nur im Jahre 1895 an Säuferwahnsinn gelitten hat, nicht aber bei seinem Tode am 3. Juni 1899. Wenn der Versicherte, wie die Beklagte behauptet, nachdem er das Delirium überstanden hatte, sich wiederum dem Trunke ergeben, dadurch eine Anschwellung der Leber sich zugezogen hat und schliesslich den Folgen des Trunkes erlegen ist, so fällt ein solches Verhalten nicht unter die vorhin erwähnten „muthwilligen oder gefahrvollen Handlungen", durch welche der Versicherte seinen Tod herbeiführt oder beschleunigt. In dem § 20 sind einzelne bestimmt zu individualisirende Handlungen beziehlt, durch welche der Versicherte

sich in Gefahr für Leben und Gesundheit begiebt. Dass der Fall eines gesundheitswidrigen Lebenswandels, insbesondere die Trunksucht, nicht zu den „muthwilligen und gefahrvollen Handlungen" des § 20 zu rechnen ist, ergiebt sich mit Sicherheit daraus, dass der Fall des Säuferwahnsinns neben den fraglichen Handlungen als besonderer Verwirkungsgrund aufgeführt ist. Würde die Trunksucht des Versicherten schon den Verlust seiner Ansprüche aus dem Versicherungsvertrage zur Folge haben, so brauchte der Säuferwahnsinn, der nur als Folge der Trunksucht eintreten kann, nicht besonders hervorgehoben zu werden. Daneben ist zu beachten, dass eine Rechtsverwirkung nur mit bestimmt wahrnehmbaren Vorgängen verbunden zu werden pflegt, und dass deshalb nicht vermuthet werden darf, dass in dem § 20 auch der Fall der Trunksucht hat bezielt werden sollen. (D. Jur.-Ztg.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

David Rothschild. Der Sternalwinkel (Angulus Ludovici) in anatomischer, physiologischer und pathologischer Hinsicht. Frankfurt a. M. Verlag von Johannes Alt. 1900. Preis 2,60 M.

Aus den Ergebnissen der Abhandlung sei folgendes hervorgehoben: Die Oberflächen von corpus und manubrium sterni liegen bei normalem Thoraxbau nicht in einer Ebene; vielmehr ist das manubrium etwas nach hinten geneigt. Der so entstehende Winkel wird vom Verfasser als Sternalwinkel bezeichnet.

Manubrium und corpus sterni bleiben bis gegen das sechzigste Lebensjahr durch einen elastischen beweglichen Zwischenknorpel getrennt. Um diese Zeit beginnt die physiologische Verknöcherung der Knochenverbindung.

Durch inspiratorische Vergrösserung des Sternalwinkels kommt eine Auswärtswendung des unteren Randes des manubrium und damit eine erhebliche Erweiterung des oberen Brustraumes zu Stande. Diese Veränderung des Sternalwinkels bei der Inspiration ist bedingt durch die gleichzeitige Drehung der mit dem Manubrium eng verbundenen ersten Rippe um ihre Längsaxe.

Der Sternalwinkel beträgt bei ruhiger Athmung bei Männern durchschnittlich 15,85, bei Frauen 12,85 Grad. Die Feststellung der Grösse des Sternalwinkels und seiner Veränderung bei der Athmung geschieht durch einen einfachen, vom Verfasser ausführlich beschriebenen Apparat: „Sternogoniometer".

Von den pathologischen Veränderungen des Sternalwinkels sei hier erwähnt, dass Emphysem gewöhnlich mit einer Vergrösserung, Phthise meist mit einer Verkleinerung des Winkels einhergeht. (Mit „Angulus Ludovici" soll man nach dem Vorschlage des Verfassers nicht den Sternalwinkel in dem oben definirten Sinne, sondern die — bei der Phthise häufigen — Exostosen benennen, die sich über dem verknöcherten Knorpel zwischen Manubrium und Corpus erheben. Diese Exostosen täuschen eine stärkere Neigung des Manubriums vor, während der Sternalwinkel bei Phthise fast ausnahmslos stark abgeflacht ist.) R. Stern-Breslau.

Guttstadt, Prof. Dr. A. Krankenhauslexikon für das Deutsche Reich. Berlin 1900, Georg Reimer. 939 Seiten. Brosch. 22 M., gebd. 24 M.

Das uns vorliegende imposante Werk verdankt seine Entstehung einer Anregung des deutschen Reichs-Comités für die Weltausstellung in Paris, wo es den Zweck haben sollte, den Stand der Anstaltsfürsorge für Kranke und Gebrechliche am Anfang des 20. Jahrhunderts zu veranschaulichen. Und wahrlich, mit Stolz konnten die Deutschen die Ergebnisse einer überaus sorgsamen Zusammenstellung, welche dieses Buch enthält, dem Auslande vorführen.

Im ganzen Reiche bestehen zur Zeit rund 6300 Krankenanstalten mit 370000 Betten, und die Zahl der Krankenhausbetten hat sich in Preussen, wo in dieser Hinsicht die genauesten Ermittelungen möglich waren, seit 1876 mehr als verdreifacht.

Aber war auch der äussere Anlass zur Schaffung dieses Buches eine vorübergehende Veranstaltung, so behalten wir in dem Krankenhaus-Lexikon selbst ein Werk von bleibendem Werth. Da es ausser sehr genauen Daten über Entstehung, Belagziffer, Pflegepersonal, Verpflegungspreise der einzelnen Krankenhäuser auch noch Ueberblicke über die gesundheitlichen Einrichtungen aller grösseren Städte giebt, wird es nach manchen Richtungen unentbehrlich werden: als Nachschlagebuch für Jeden, der sich über die näheren Verhältnisse eines einzelnen Krankenhauses unterrichten will, als zuverlässige Quelle für den Historiker der Medizin, für den Hygieniker und Verwaltungsbeamten.

Dass es für alle diese Zwecke bequem verwendbar sei, dafür sorgt die ungemein übersichtliche Anordnung des Stoffes, die Beifügung eines guten Sach- und Ortsregisters, und im technischen Sinne die zweckmässige Ausstattung des Werkes.

Tagesgeschichte.

Die Stempelpflichtigkeit des Titels Sanitätsrath.

In der seit längerer Zeit schwebenden Angelegenheit eines Frankfurter Arztes, der sich weigerte, die 300 Mark Stempelgebühren für den ihm ohne sein Zuthun verliehenen Sanitätsrathstitel zu entrichten, hat nunmehr das Reichsgericht endgiltig, und zwar zu Ungunsten des Klägers entschieden. Ueber die Begründung dieses für Manche gewiss überraschenden Urtheils theilt die Allg. Med. Centr. Ztg. näheres mit: In der ganzen Angelegenheit sind zwei Momente auseinander zu halten, ein generelles und ein individuelles. Erstlich handelte es sich nämlich um die Feststellung, ob die Verleihung des Sanitätsrathstitels überhaupt eine Stempelpflicht begründe, zweitens darum, ob in dem vorliegenden Falle die nothwendige Voraussetzung der Stempelpflichtigkeit gegeben war, wonach die Auszeichnung von dem Ausgezeichneten „veranlasst" gewesen sein muss. Beide Punkte beantwortet das Reichsgericht in seinem Urtheil bejahend, und zwar ersteren gestützt auf eine mündliche Aeusserung des Finanzministers bei der Berathung des Gesetzes, der im Plenum des Abgeordnetenhauses im Gegensatz zu früheren Aeusserungen des Regierungsvertreters in der Kommission bemerkt hatte, der Stempel bei der Verleihung des Sanitätsrathstitels könne ja „im Gnadenwege" erlassen werden. — Was den zweiten Punkt anbetrifft, so hatte der Kläger darauf hingewiesen, dass er sich weder um jene Titulatur beworben, noch auch die Ausfertigung einer Urkunde über den landesherrlichen Akt der Verleihung beantragt, sie somit nicht „veranlasst" habe. Hiergegen lässt das Reichsgericht die Annahme der Vorinstanzen gelten, welche die Veranlassung des Klägers darin gefunden hatten, dass derselbe die Verleihung und auch die Urkunde über sie widerspruchslos angenommen habe. Man müsse davon ausgehen, dass in einem Falle der vorliegenden Art die Stempelpflicht an die dem Ausgezeichneten auszuhändigende Urkunde, an das Patent, geknüpft ist, so dass dieses letztere die stempelpflichtige Grundlage abgiebt. „Nun war der Kläger nicht verpflichtet, die ihm zugedachte Auszeichnung anzunehmen, er konnte sie ablehnen. Es ist zweifellos, dass er im Falle der Ablehnung zur Zahlung einer Stempelsteuer nicht verpflichtet war, dann wäre nämlich eine stempelpflichtige Urkunde niemals ausge-

fertigt worden. Die Stempelpflicht der Verleihungsurkunde gelangt demnach erst durch die Erwirkung der Aushändigung der Verleihungsurkunde und die dadurch zum Ausdruck gebrachte Annahme des Gnadenerweises seitens des damit Bedachten zur Entstehung; dies ist ein unentbehrliches Merkmal des stempelpflichtigen Thatbestandes. Die Ausfertigung der Urkunde durch die Behörde ist nichts als eine selbstverständliche Folge davon, dass Kläger jene Auszeichnung nicht abgelehnt hat. Sonach war es der Kläger selbst, der diejenige Handlung aus freiem Entschlusse vorgenommen hat, welche für die Stempelpflicht entscheidend ist, indem er die Urkunde durch Annahme des Titels überhaupt möglich machte; er ist also mit Recht als „Veranlasser" anzusehen."

Damit ist für alle künftigen Fälle die Streitfrage erledigt: entweder ablehnen oder Stempel bezahlen.

Unterbringung und Zurückbehaltung von Geisteskranken in Irrenanstalten.

Auf dem Mitte September in Bamberg abgehaltenen Deutschen Juristentage wurde auch die Frage: „Bedarf es gesetzlicher Vorschriften darüber, unter welchen Voraussetzungen ein Geisteskranker vor der Entmündigung in eine Anstalt gebracht und ein entmündigter Geisteskranker dort gegen seinen Willen festgehalten werden darf?" verhandelt. Die von dem Referenten Geh. Oberjustizrath Vierhaus-Berlin aufgestellten Thesen wurden mit geringen Abänderungen angenommen. Sie lauten danach:

I. Die Frage nach der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche und die Frage nach der Unterbringung und Festhaltung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt sind verschiedener Natur und von einander zu trennen. Die erste Frage fällt in das Gebiet der gerichtlichen Thätigkeit, die zweite in das Gebiet der Medizinalverwaltung. Eine Befassung der Gerichte mit der zweiten Frage würde weder deren Aufgaben entsprechen, noch sachgemäss sein.

II. Bei der schwerwiegenden Bedeutung, welche die Unterbringung oder Festhaltung in einer Irrenanstalt für den Betroffenen hat, empfiehlt es sich (abgesehen von einer strengen Beaufsichtigung der Anstalt):

1. bezüglich aller dahin gehenden Massnahmen den vollen Verwaltungsrechtsschutz zu gewähren;
2. Fürsorge zu treffen, dass ein strafrechtliches Einschreiten gegen Missbräuche auf Grund des § 239 des Strafgesetzbuches thunlichst erleichtert wird.

III. Die zu II empfohlenen Massregeln hängen aufs Engste mit den Einrichtungen der Verwaltung, insbesondere der Medizinalverwaltung und mit dem Rechtsschutze auf dem Gebiete der Verwaltung zusammen. Eine reichsgesetzliche Regelung ist daher, selbst wenn sie nach Artikel 4 No. 15 der Reichsverfassung zulässig sein sollte, nicht empfehlenswerth. Inwiefern in den Einzelstaaten zur Durchführung der in No. II bezeichneten Ziele der Erlass neuer Vorschriften erforderlich und ob hierzu der Weg der Gesetzgebung oder der Verwaltungsanordnung zu betreten ist, bestimmt sich nach dem Rechtszustande in dem einzelnen Bundesstaate.

(Med. B. Z.)

Vorträge über Geschlechtskrankheiten.

Mit dem heutigen Tage beginnt der Herbstcyklus der von der Charitédirektion veranstalteten Vorträge für Aerzte. Hatten die Frühjahrsvorträge die Tuberkulose zum Gegenstande, so behandeln die jetzigen — 21 an der Zahl — die Geschlechtskrankheiten. Jede Beziehung des wichtigen Gebietes soll von bewährten Fachgelehrten behandelt werden, die klinische, wie die statistische und hygienische, die seelenärztliche wie die chirurgische. Wir halten grade diesen Cyklus für ausserordentlich günstig gewählt. Die Tuberkulosefrage hat in den letzten Jahren die öffentliche Erörterung so beherrscht, dass ihr gegenüber schon eine gewisse Lernmüdigkeit eingetreten sein dürfte. Mancherlei Einrichtungen sind ins Leben gerufen worden, deren Wirkung die nächsten Jahre prüfen sollen. Die Geschlechtskrankheiten dagegen, die so ungeheuer viel Unheil anrichten, werden trotz der dringenden Mahnung vieler Einzelner noch nicht mit demjenigen Nachdruck, unter derjenigen Mitwirkung der Gesammtheit bekämpft, deren es Noth thut. Hier das Interesse der einen Aerzte zu wecken, dem Wunsche der anderen nach Ergänzung ihrer Kenntnisse entgegenzukommen, ist ein überaus dankenswerthes Unternehmen. Möge es fruchtbar weiter wirken!

Bestrafte Rentenerschleichungen.

Dem „Compass" und der „Unfallvers.-Praxis" entnehmen wir zwei Fälle, von denen jeder für den Unfallbegutachter recht instruktiv ist.

Ein Ziegelarbeiter hatte im Mai 1898 einen Unterschenkelbruch erlitten, für den er bis April 1899 eine Rente erhielt Als ihm jetzt die Rente entzogen werden sollte, behauptete er, in Folge des Knochenbruchs sei die Haut an der Bruchstelle erkrankt. Die Sachverständigen konnten jedoch nachweisen, dass eine Entzündung der Haut künstlich hervorgerufen sei. Der Rentenkläger wurde wegen Betrugsversuchs mit drei Monaten Gefängniss bestraft.

Eine grössere grundsätzliche Bedeutung dürfte dem zweiten Fall zukommen, denn es handelt sich hier um die geschickte Verwendung eines alten Leidens zur Vorspiegelung von Unfallfolgen. Eine Frau hatte in Folge eines Unfalls einen Hornhautfleck auf dem linken Auge und behauptete, auf diesem völlig blind zu sein. Dies wurde nun zwar als grobe Täuschung sofort erkannt, aber es traf sich, dass die Frau auf dem rechten Auge alte Netzhautveränderungen hatte und auf diesem nach ihren Angaben bei der Sehprüfung nur ein Zwölftel normaler Sehfähigkeit besass. Es musste daher die Veränderung auf dem linken Auge höher bewerthet werden. Bei einer erneuten Untersuchung nach zwei Jahren gelang es jedoch, heraus zu bekommen, dass auf beiden Augen mehr als die Hälfte der normalen Sehfähigkeit bestand. Nun wurde die Frau wegen Betruges angeklagt. Jetzt behauptete sie, eine weise Frau habe die Augen durch ihre Behandlung gebessert. Doch konnte ihr, da der objektive Befund völlig gleich geblieben war und nach ärztlicher Erfahrung eine Besserung in diesem Maasse ausgeschlossen war, kein Glauben geschenkt werden. Die Frau wurde wegen Betrugs zu vier Wochen Gefängniss verurtheilt.

Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder

wird ihre diesjährige Haupt-Versammlung am 27. Oktober, Abends 7 Uhr, im Sitzungssaale des Kaiserlichen Gesundheitsamts (Klopstockstr. 19/20) abhalten. Ausser dem Jahresbericht und den geschäftlichen Mittheilungen werden mehrere Vorträge von berufenen Fachgelehrten gehalten. An die Sitzung schliesst sich ein Festmahl im Centralhotel.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. № 21. Ausgegeben am 1. November.

Inhalt:

Die Zukunft der gerichtlichen Medizin in Preussen.

Von
Sanitätsrath Dr. **A. Leppmann**-Berlin.
Königlicher Bezirks-Physikus etc.

Den obigen Titel trägt ein Aufsatz von Puppe,*) welcher jüngst erschien, und der es wohl verdient, aus der rasch an dem Auge des Einzelnen vorüberströmenden Fluth der medizinischen Tagesliteratur hervorgehoben zu werden und Beachtung in weiten Kreisen zu finden.

Verfasser entwickelt ungefähr folgenden Gedankengang: Von allen medizinischen Sondergebieten fristet die gerichtliche Medizin in unserem engeren Vaterlande Preussen, ja, man kann wohl auch hinzufügen in ganz Deutschland, gegenwärtig das kümmerlichste Dasein.

Während den sonstigen medizinischen Fächern, namentlich aber der Hygiene, getragen von dem Interesse der gesammten Bevölkerung, vom Staate durch Schaffung mustergiltiger Institute und Krankenhäuser und durch sonstige Gewährung von Mitteln alle Vorbedingungen hoher Leistungsfähigkeit gegeben werden, liegt die gerichtliche Medizin abseits vom allgemeinen Interesse.

Die Gesammtheit der Aerzte kümmert sich wenig um sie, dieselben werden abgelenkt, theils durch das Aufgehen in der allgemeinen Praxis, theils durch die Vertiefung in andere lohnendere Spezialgebiete, theils durch Beschäftigung mit wirthschaftlichen und Standesinteressen. Die Richter klagen zwar bisweilen über die Mangelhaftigkeit gerichtsärztlicher Gutachten, welche ihnen wie z. B. im Xantner Prozess die Aufklärung wichtiger Kriminalfälle erschwert, aber sie erheben ihre Stimme nicht zu Forderungen nach Verbesserung der Mängel; sie schränken aber das Thätigkeitsgebiet der gerichtsärztlichen Wirksamkeit zu Gunsten anderer Sachverständigenkategorien ein. So z. B. werden mikroskopische Untersuchungen von Blut, Samen und Haaren den Chemikern übertragen, obgleich gerade auf diesem Gebiete jeder Arzt erfahrener sein muss, als ein nur chemisch vorgebildeter Naturwissenschafter. Das grosse Publikum vollends zeigt kein Verständniss dafür, wie sehr im einzelnen Falle sein Wohl und Wehe im Rechtsstreit, namentlich in Strafsachen von der gerichtsärztlichen Schulung der hinzugezogenen Aerzte abhängt

So kommt es, dass auch die staatliche Werth-

*) Dtsch. Med. Wochenschrift 1900, No. 31.

schätzung dieses Zweiges der Staatsarzneikunde bei uns gering ist. Während in anderen Ländern reichlich Institute für gerichtliche Medizin den Hochschulen beigegeben sind (in Oesterreich an allen Universitäten), während die Vertreter dieser Spezialwissenschaft wie z. B. in Belgien, in der Schweiz und in Frankreich Ordinarien, die diesbezüglichen Vorlesungen obligatorisch sind und die gerichtliche Medizin Prüfungsgegenstand im ärztlichen Examen ist, besteht in Preussen nur ein einziges gerichtlich medizinisches Institut mit kleinem, von äusseren Zufälligkeiten abhängigem Material. Die Extraordinarien und Docenten, welche an den anderen Universitäten über die Materie lesen, sind auf theoretische Vorlesungen angewiesen, falls sie sich nicht privatim oder durch gleichzeitige gerichtsärztliche Thätigkeit Demonstrationsmaterial verschaffen; auf mehreren ausserpreussischen, deutschen Universitäten wird überhaupt nicht über gerichtliche Medizin gelesen.

Bezeichnend, wie wir hinzufügen wollen, für den Mangel an staatlichem Ansehen ist es, dass die Berliner Professur, welche jetzt ein Extraordinariat ist, ehedem ein Ordinariat war.

Puppe sieht nun gegenwärtig den Zeitpunkt gekommen, in dem es am besten möglich ist, der Staatsarzneikunde im engeren Sinne, d. i. der gerichtlichen Medizin, die ihr gebührende Stellung zu verschaffen.

Wir stehen vor der Neuregelung der kreisärztlichen Verrichtungen und vor einer solchen der medizinischen Prüfungen. Puppe meint, nur der Medizinalbeamte, welcher die Sonderstellung eines Gerichtsarztes habe, könne als eigentlicher Vertreter der Disziplin, weil sein Interesse durch andersartige Aufgaben nicht zersplittert und abgelenkt werde, gelten. Gegenwärtig sind in ganz Preussen nur sieben Gerichtsphysiker, vier in Berlin, je einer in Breslau, Cöln und Königsberg.

Er stellt daher als erste Forderung auf, dass der Staat von der im Kreisarztgesetze gegebenen Möglichkeit, dort wo besondere Verhältnisse es erfordern, die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen Gerichtsärzten zu übertragen, möglichst ausgiebig Gebrauch mache.

Schreiber dieses war im Kampfe um die Medizinalreform immer ein Gegner der grundsätzlichen Trennung gerichtsärztlicher und sanitätspolizeilicher Amtsthätigkeit.*) Er ist auch noch heute, und wie er glaubt, in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der amtirenden Medizinalbeamten, dieser Meinung. Man denke nur an die Untersuchungen der Geisteskranken im Verwaltungsinteresse und an die „Verwaltungs"sektionen, welche sicher mit der Zeit, z. B. durch das neue Seuchengesetz, häufiger werden müssen und man wird zugeben, dass beide Disziplinen nicht so verschiedene Aufgaben haben, dass nicht ein Beamter die Erfahrung und Schulung, welche er auf dem einen Gebiete erlangt hat, auf dem anderen mit verwerthen könnte. Andererseits wird in den kleinen Städten und auf dem flachen Lande ein Arzt der die fides publica des Medizinalbeamten hat, am ehesten und leichtesten den Behörden und der Bevölkerung dann zur Verfügung stehen, wenn er beide Geschäfte, die sanitätspolizeilichen und die gerichtlichen besorgt. Sitzt nach Trennung der Funktionen aber je ein Beamter an einer entfernteren Centralstelle, so entsteht die Gefahr, dass seine Verrichtungen durch den Zwang der Umstände an ortsangesessene Aerzte übergehen, welche, mögen sie auch ausgezeichnete Praktiker sein, in keiner der beiden Disziplinen besondere Schulung haben.

Trotz dieses grundsätzlichen Standpunktes muss man aber zugeben, dass in grösseren Städten und den eng gedrängten Ortschaften der Industriecentren die Verhältnisse wesentlich anders liegen, dass dort Alles zur Spezialisirung drängt. An solchen Orten wird ein Gerichtsarzt oder werden einzelne Gerichtsärzte Aufgaben finden, die sie nur mit voller Einsetzung ihrer Leistungsfähigkeit lösen können. Dort wird denselben die Mannigfaltigkeit der Probleme auch jene besondere Schulung bringen, welche, wenn sie wissenschaftlich ausgewerthet wird, zur Belebung der wissenschaftlichen Leistungen der gerichtlichen Medizin in unserem engeren Vaterlande beitragen kann.

Ich möchte dabei bemerken, dass ich auf medizinalpolizeilichem Gebiete eine Spezialisirung der Thätigkeit der zukünftigen Kreisärzte in den grossen Städten für gegeben erachte. Die Trennung der Verrichtungen nach willkürlich begrenzten Stadtbezirken hat etwas Missliches. Der Beamte, welcher z. B. sämmtliche Haltekinder einer grossen Stadt dauernd zu beaufsichtigen hat, wird mehr Berufsfreudigkeit haben und Erfahrung erlangen, als wenn mit dem Verziehen um eine Strassenbreite ihm der Gegenstand seiner Fürsorge aus der Berufswirksamkeit verschwindet. Aehnlich ist es mit der Theilnahme an der Ueberwachung der Gewerbe, da ja die spezifische Industriethätigkeit eines Ortes meist über die ganze Stadt verstreut ist, ähnlich mit der Ueberwachung der Kurpfuscherei und noch mit manchem Anderen.

Jedenfalls wird man, auf welchem grundsätzlichen Standpunkt man auch steht, den ersten Punkt der Puppe'schen Forderungen billigen können, welcher lautet: Vermehrung der Gerichtsarztstellen.

Wesentlicher sind seine Vorschläge in Bezug auf das medizinische Prüfungswesen. Er verlangt in erster Reihe Aufnahme der gerichtlichen Medizin als obligatorischen Prüfungsgegenstand in das ärztliche Staatsexamen. Dieser Vorschlag wird manchem Universitätslehrer, mancher Leuchte der Heilmedizin befremdlich erscheinen und auch von den ärztlichen Praktikern werden viele, welche aus der Zeit stammen, wo es leicht war, sich ohne Kassen etc. eine behagliche Existenz zu bilden, versichern, eine solche Gehirnbelastung der Studenten wäre völlig überflüssig.

Erwägt man aber, dass die Staatsarzneikunde, soweit sie die Fähigkeit und Gewandtheit betrifft, Gesundheitsverhältnisse am Lebenden zu irgend einem rechtlichen Zweck (Unfall, Invalidität, Haftpflicht etc.) gutachtlich zu schätzen, seit Schaffung der sozialen Gesetzgebung für jeden Arzt vom ersten Tage seines Eintritts in die Praxis ab, unabweisbares Bedürfniss ist, so wird man über den Vorschlag anders denken.

Wir wollen nicht wiederholen, was wir in unserem Programm bei Begründung dieser Zeitschrift über das Verhältniss der Klinik zur begutachtenden Medizin gesagt haben. Es ist manches seitdem besser geworden. Man hebt im klinischen Unterricht die Beziehungen der Körperbeschädigungen zu äusseren und inneren Krankheiten mehr hervor, man schätzt ihren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, es sind sogar eine Reihe Spezialvorlesungen vorhanden, welche sich darüber verbreiten, aber eins fehlt noch, d. i. die Betonung der Nothwendigkeit für den Studenten, eine gewisse Summe von Gesetzeskenntniss und von technischer Schulung zur Abfassung von Zeugnissen und Gutachten zu erlangen, eine Schulung, die den Bedürfnissen des täglichen Lebens entspricht, nämlich Urtheile über Gesundheitsverhältnisse so abzufassen, dass eine Trennung von Gehörtem und Selbstbeobachtetem, ausserdem von Thatsachen und Schlüssen erkennbar ist, dass ferner die Schlüsse sich auf die aus der Kenntniss der einschlägigen Gesetze sich ergebenden Beweisfragen zuspitzen und dass schliesslich die Meinungsäusserung eine möglichst gemeinverständliche Form hat. Dies braucht der Arzt, er braucht es täglich zu seinem Erwerb, er schädigt sich vor der juridisch geschulten

*) Vergl. Leppmann, Kreisarzt und Gerichtsarzt. Aerzt Sachv.-Zeitung 1897, No. 8.

Kritik von Richtern, Anwälten, Verwaltungsbeamten etc. vom mitleidigen Achselzucken bis zur Regressklage, wenn er darin minderwerthig gerüstet in die Praxis tritt, und sein berufener Lehrer in dieser ein abgeschlossenes Ganzes bildenden Materie kann nur der Vertreter der gerichtlichen Medizin sein.

Ausserdem muss er aber vom gewaltsamen Tode mindestens das Nothwendige wissen. Zu plötzlichen dunkeln Todesfällen wird in erster Reihe der praktische Arzt gerufen, ja in manchen Grossstädten ist er Leichenschauer als solcher. Er muss also, wenn er mit einiger Sicherheit auftreten will, wissen, wie weit ihm überhaupt eine Erkennung der Todesart möglich ist und welche Momente die Vermuthung der äusseren Gewalt erregen oder nicht.

Aehnlich ist es mit den strafbaren Gesundheitsschädigungen an Lebenden. Soll der praktische Arzt z. B. über seine früheren Befunde bei nicht gestorbenen Vergifteten und bei Körperverletzten vor Gericht wirklich sachverständige Auskunft geben, so muss er schon von Beginn seiner Beobachtung an wissen, welche Umstände bei solchen Ereignissen forensisch wichtig sind.

Schliesslich muss der Arzt als Student schon lernen, wie weit seine Verantwortung bei Operationen, bei Wahrung des Berufsgeheimnisses und Aehnlichem geht.

Es läge also im ureigensten Interesse des Studenten, wenn er während seiner Studienzeit Vorlesungen über gerichtliche Medizin, zumal von manchen Lehrern auf die besonderen Bedürfnisse des praktischen Arztes schon Rücksicht genommen wird und zumal seine spätere Zulassung zum Kreisarztexamen von dem Nachweis des Belegens einer solchen Vorlesung seit drei Jahren abhängig ist, hören würde.

Die Thatsachen zeigen aber, dass dem nicht so ist. Der Student hört bei der Fülle des Lernstoffes in erster Reihe das, was er zum Staatsexamen braucht und er wird sich mit gerichtlicher Medizin nur dann genügend beschäftigen, wenn sie ein obligatorisches Fach im Staatsexamen ist.

Deshalb soll man lieber die Anforderungen in anderen Fächern ermässigen; so z. B. verlangt die Gynaekologie, vielleicht auch die Chirurgie an manchen Examenstellen eine so eingehende Kenntniss der grossen Operationen, wie sie der allgemeinpraktisirende Arzt als solcher im Leben nie braucht. Lücken in der klinischen Anschauung lassen sich auch in dem zukünftigen annuum practicum ebnen, aber der Mangel einer forensischen Grundlage ist ein sehr störender und, wie z. B. die Fragekästen ärztlicher Zeitungen in der naiven Unbehilflichkeit einzelner Fragenden zeigen, für den isolirten Landarzt oft unausfüllbar.

Deshalb gilt auch die zweite Puppe'sche Forderung: Obligatorisches Staatsexamen in der gerichtlichen Medizin.

Schliesslich geht Puppe auf die Verhältnisse der Kreisarzt- bezw. Physikatsvorbildung ein.

Er verlangt, um die Mängel der Ausbildung zu beseitigen die Einführung eines obligatorischen Ausbildungskursus in einem gerichtsärztlichen Institute als Vorbedingung der Zulassung zur Prüfung.

Ich möchte die Forderung eines derartigen Kursus als obligatorische Vorbedingung zur Zulassung zum Examen für zu weitgehend halten. Es giebt doch eine ganze Reihe von Umständen im ärztlichen Leben wie z. B. längere Thätigkeit an grossen, namentlich städtischen Krankenhäusern, an Irrenanstalten, pathologischen Instituten, wo der Arzt genügend Material zur gerichtsärztlichen Schulung in Bezug auf Erkennung gewaltsamer Todesarten und auf Gesundheitsbeschädigungen am Lebenden hat. Wozu soll ein so vorbereiteter Arzt noch einen Zwangskursus nehmen? Wohl aber muss die Möglichkeit vorhanden sein, sowohl die Aerzte im Allgemeinen, als auch die zukünftigen Kreis- und Gerichtsärzte zu ihren forensischen Aufgaben heranzubilden und so ergiebt sich als nothwendige Folge der oben ausgeführten Forderungen die Schaffung gerichtsärztlicher Institute an allen preussischen Universitäten.

Die Gelegenheit zur Ausbildung in solchen gerichtsärztlichen Instituten wird auch ohne Zwangskurse von den Examenskandidaten des Kreisarztexamens dann reichlich benutzt werden, wenn, was ich für eine Frage der nächsten Zukunft halte, das Examen selbst umgestaltet wird, wenn an Stelle der theoretischen Arbeiten Ausarbeitungen praktischer Fälle unter Benutzung von Akten, Leichenmaterial, Geisteskranken und Verletzten, treten und wenn auch in der mündlichen Prüfung, das Hauptgewicht nicht auf pathologische Anatomie und Chirurgie im Allgemeinen, sondern auf den gewaltsamen Tod und die gewaltsamen Beschädigungen gelegt werden wird.

Puppe verbreitet sich noch darüber, wie das Leichenmaterial für solche Institute beschaffen sein müsste, wie sie in erster Reihe das Recht haben müssten, die pathologischen Präparate von den gerichtsärztlichen Leichenöffnungen zu entnehmen, wie es ermöglicht werden müsste, dass die sich zum Physikat Vorbereitenden zu den gerichtlichen Leichenöffnungen zugelassen würden und wie auch die Verwaltungssektionen dem Institute nutzbar gemacht werden müssten.

In solchen Instituten könnten dann auch, wie ich betonen möchte, für die Kreisärzte Fortbildungskurse im Seziren und Mikroskopiren und pathologischer Anatomie der gewaltsamen Todesarten eingerichtet werden.

Wer, wie viele der jetzigen Kreisärzte, im Jahre nur einige wenige gerichtliche Leichenöffnungen hat, der wird für eine derartige Auffrischung seiner Anschauung dankbar sein.

Auch lebenden Demonstrationsmaterials bedarf ein solches Institut. Puppe meint, der Institutsleiter könnte aus gerichtsärztlichen Aufträgen geeignete Fälle wählen. Das scheint mir nicht genügend. Es muss ihm die Möglichkeit geschaffen werden, aus den Zugängen der Universitätsinstitute der Kliniken sowohl wie der Polikliniken geeignete Demonstrationsfälle zugewiesen zu erhalten, denn der Professor der gerichtlichen Medizin ist, wie ich nochmals betonen möchte, der gegebene Lehrer der Gesetzeskunde und des Gutachten-Formalismus auch in Anwendung auf den einzelnen Fall.

Eines bedeutsamen Umstandes zur staatlichen Höherstellung der gerichtlichen Medizin hat Puppe nicht erwähnt, das ist die Nothwendigkeit der Erhöhung der Gebühren für die ärztlichen Sachverständigen.

Als 1872 das Gebührengesetz herauskam, da war in den Motiven zu lesen, die Sätze für die Medizinalbeamten seien gleichsam nur als Zuschussentlohnung zu einem festen Gehalt gedacht, und da damals wohl schon die Medizinalreform in Aussicht war, vertröstete man sich in Medizinalbeamtenkreisen auf die zu erwartende Erhöhung des bekannten Grundgehalts.

Es schien nach solchem Grundsatz schon damals nicht recht konsequent, die prakt. Aerzte die keine fixe Staatsentlohnung hatten, mit gleichem Maasse zu messen.

Seitdem haben sich die Verhältnisse wesentlich geändert. Alle Entlohnungen haben zugenommen. Die privatärztlichen Leistungen haben eine einigermassen zeitgemässe Taxirung erhalten. Nur die Gerichtsgebühren sind geblieben. Noch immer fordert der Staat seine Aerzte zu besonders verantwortlichen und zeitraubenden Leistungen für eine Gebühr, die wesentlich geringer ist, als die, welche er bei sonstigen Arztleistungen selbst Armenverbände zu zahlen verpflichtet.

Man vergleiche zum Beweis dessen nur einmal die Position 11 der Taxe vom 15. Mai 1896 (Besuch zu bestimmter

Stunde) plus der Position 7 (Warten auf Verlangen) mit den Gebühren für Abwartung eines gerichtlichen Termins (§ 3,1 des Gesetzes vom 9. März 1872). Welche Werthschätzung soll da der Arzt in Zeitläuften, wo die meisten selbst bei idealster Auffassung ihres Berufs gezwungen sind, in den Jahren der Rüstigkeit ihr geistiges Kapital möglichst hoch im Erwerbe auszuwerthen für ein Spezialgebiet seiner Wissenschaft haben, dessen Leistungen der Staat als solcher so gering taxirt? Deshalb sehen wir es auch, dass der einigermassen beschäftigte Praktiker „Gerichtssachen“ möglichst aus dem Wege geht, dass ihm die Nothwendigkeit, auch die Rechtsgüter seiner Klienten schützen zu helfen, als Berufspflicht nicht recht zur Ueberzeugung kommt, und dass er, wenn er der Pflicht, vor Gericht zu erscheinen, nicht entrinnen kann, sich, wenn der Ausdruck erlaubt ist, keine grossen geistigen Auslagen zur Vorbereitung seines Gutachtens macht und der thatsächlich geringen Werthschätzung der allgemeinärztlichen Sachverständigenleistungen vor Gericht neue Stütze giebt.

Danach halte ich als weiteren Programmpunkt zur Belebung der gerichtlichen Medizin die bessere Entlohnung für gerichtsärztliche Thätigkeit.

Wir kommen zum Schluss. Mögen die Puppe'schen Anregungen im Einzelnen Freunde oder Gegner finden, eins wünschen wir: Sie mögen in den Kreisen der Aerzte, Juristen, auch der am öffentlichen Leben Antheil nehmenden Laien nicht ungehört verhallen.

Möge man sich klar darüber werden, dass die staatliche Förderung der gerichtlichen Medizin eine „Kulturaufgabe“ ist, deren sich unser engeres Vaterland nicht länger entziehen soll*).

Die Vortäuschungsmöglichkeit einseitiger schlaffer Ptosis.

Von

Dr. Placzek,

Nervenarzt.

Von dem antagonistischen Wechselspiel der Oberlidmuskeln glaubt die herrschende Meinung, dass es für den gesunden Menschen unmöglich ist, willkürlich auf einer Seite einen der zum Lidschluss nothwendigen Kraftfaktoren auszuschalten. Gleichgültig, ob der Lidschluss in der Weise erfolgen mag, dass nach Aufhebung oder Verminderung des Innervationstonus im Musculus levator palpebrae superioris das Oberlid einzig durch seine Schwere herabsinkt, oder bei gleicher Spannungsänderung im Lidheber der Lidschliesser übermächtig wird, oder dass beide Faktoren gleichzeitig wirken — stets misslingt es, wenn man absichtlich nur ein Oberlid herabfallen lassen will. Entweder schliesst sich das andere Auge gleichzeitig, oder es verengt sich dessen Lidspalte unter Zitterbewegungen der Lidhaut, der beabsichtigte Augenschluss aber erfolgt nicht in der Art, dass das Oberlid gleich einem Vorhang faltenlos herabfällt, sondern meist zusammengekniffen wird. Zweifellos ist dieser in der einheitlichen centralen Ursprungsstelle beider Oberlidheber begründete Lidschlussmechanismus die Norm, die als richtig allenthalben leicht erweisbar ist, doch keine ausnahmslose Norm. Diese Einschränkung muss gemacht werden, wenn auch nur eine Beobachtung die Möglichkeit eines einseitigen Lidschlusses darthut, und sie ist wichtig, weil sie den Arzt warnt, vorkommenden Falls stets und sofort eine Krankheitsursache zu suchen und jedes Vorkommen im Bereiche der Norm auszuschliessen.

Zu solcher angeblich nie trügenden Schlussfolgerung kann und muss es den Arzt verleiten, wenn die Verfasser der neu erschienenen ausgezeichneten „Neurologie des Auges“, Sänger und Wilbrandt es kategorisch aussprechen, „dass die Simulation einer einseitigen schlaffen Levatorlähmung wohl keinem Menschen gelinge“ (S. 471). Sie halten es für ausgeschlossen, weil der naturgemässe Erschlaffungsvorgang des M. levator palpebrae superioris im Schlafe stets doppelseitig erfolgt, weil sie ferner die für die enge Verknüpfung beider Levatores sprechende Thatsache gefunden haben (p. 31), dass bei einseitiger Facialislähmung, also Ausschaltung des direkten Schliessmuskels, des M. orbicularis, der Blinzelreflex auf dem gesunden Auge von dem Zucken der Lider auf der kranken Seite begleitet ist, was nur durch momentane Erschlaffung des Levators erklärbar ist, weil drittens der Versuch, bei geschlossenen Lidern einseitig die Blickebene zu heben, stets misslingt.

Wenn ich dem gegenüber eine zweifelsfreie Beobachtung von einseitiger Willkürptosis — so möchte ich Lidschlussmöglichkeit nennen — mittheile, so geschieht es nicht, um die Allgemeingültigkeit des Sänger-Wilbrandt'schen Satzes anzuzweifeln, sondern vor Allem um den ärztlichen Gutachter vor Täuschungsmöglichkeit zu bewahren.

Es handelt sich um einen in den dreissiger Jahren stehenden Kollegen, der, so lange er sich erinnern kann, willkürlich jeder Zeit das linke Auge, doch nur dieses, schliessen kann, ohne dass das rechte davon irgendwie berührt wird. Das Oberlid senkt sich dann faltenlos über den Augapfel herab.*) Nicht das leiseste Zittern verräth eine Muskelaktion, ebensowenig lässt die Betastung eine solche wahrnehmen. „Bis zu zwei Stunden“ glaubt der Kollege den einseitigen Lidschluss festhalten zu können. Lässt er das Lied in Einzelphasen einseitig herabsinken, so tritt leichtes Zittern ein.

Während bei der ersten Versuchsanordnung — das lässt sich wohl mit ziemlicher Gewissheit sagen — der Levator willkürlich erschlafft wird, kommt es bei der zweiten zu einer allmählichen Lösung des gegenseitigen Spannungsverhältnisses zwischen Lidheber und Schliesser. Dass eine derartige, sei es angeborene oder durch Uebung erworbene Fähigkeit zu einseitiger Willkürptosis zielbewusst verwerthet werden könnte, um einer „Begehrungsvorstellung“ nach einer Unfallrente zu genügen, erscheint mir nicht unmöglich, zumal in einer Zeit, wo die Unfallrentenbewerber sich nur zu leicht verleiten lassen, jede körperliche Eigenart mit einem irgendwie gearteten Unfall ursächlich zu verknüpfen. Deshalb ist es rathsam für den Gutachter, sich der Thatsache zu erinnern, dass die einseitige Willkürptosis vorkommt.

Zu näherer Feststellung der Art der Symptome verdient jedenfalls die Sänger-Wilbrandt'sche Entlarvungsmöglichkeit berücksichtigt zu werden, die in einem einseitigen Heben der Blickebne nach beiderseitigem Augenschluss besteht. „Bei der präformirten Verbindung zwischen dem Levator und den Hebern des Bulbus würde sich nun entweder das anscheinend ptotische Lid heben, oder es würden doch, wenn die Ptosis beibehalten werden soll, lebhafte Zuckungen an diesem Lide zu bemerken sein, indem die Palpebralportion des Orbicularis alsdann in Widerstreit mit den Hebern des Bulbus gerathen würde. Beides ist aber bei Ptosis nach Lähmung nicht der Fall.“ Gewiss ist das Ergebniss dieser Funktionsprüfung werthvoll, doch nur, wenn das anscheinend ptotische Lid sich hebt oder sich sonstwie verräth. Bleibt es aber geschlossen, so ist Simulation trotzdem nicht ausge-

---

*) Nach Vollendung obigen Aufsatzes sehe ich, dass Mittenzweig in No. 20 der „Med.-Beamten-Ztg.“ das gleiche Thema in ebensolchem zustimmenden Sinne behandelt. Hoffentlich finden unsere Wünsche Gehör und Verständniss. L.

*) Die vorhandene photographische Aufnahme liess sich leider nicht mit der wünschenswerten Deutlichkeit wiedergeben.

schlossen, denn in meinem Falle bleibt bei doppelseitigem Lidschluss mühelos das linke Oberlid geschlossen, wenn das rechte willkürlich gehoben und der rechte Augapfel möglichst weit nach oben gerollt wird. Beweiskräftiger kann wohl der Versuch nicht ausgeführt werden, als dass Patient, während sein Kopf in gleicher Höhe mit dem Telephon ist, eine senkrecht darüber hängende Zahlentabelle einäugig liest, nachdem er das rechte der vorher geschlossenen Oberlider geöffnet hat.

Es besitzt also das Sänger-Wilbrandt'sche Kennzeichen nur bedingten Werth. Deshalb muss ich es ausdrücklich betonen, dass eine einseitige Ptosis vortäuschbar, diese Täuschung mit unseren Hülfsmitteln nicht ausnahmslos feststellbar ist.

Die festgestellte Fähigkeit zu einseitiger Willkürptosis lässt sich in diesem Einzelfalle vielleicht dadurch deuten, dass man in dem linken Oberlidheber einen verminderten Innervationstonus annimmt, der natürlich leichter lösbar wäre. Zu solcher Vermuthung giebt mir die Beobachtung Anlass, dass bei offenen Augen links das Oberlid breiter als rechts hängt und immer so gehangen haben soll. Eine messbare Verschmälerung der entsprechenden Lidspalte besteht nicht. Da diese „Proptosis" nicht durch Blepharochalasis, einen vorzeitigen Elastizitätsnachlass, erklärbar ist, muss man wohl an eine theilweise kongenitale Aplasie des für den Levator bestimmten Okulomotoriuskerns einer Seite denken, die eine Verringerung des Innervationstonus und eine Verschiebung des antagonistischen Gleichgewichtes zwischen Schliesser und Heber zur Folge hat.

Referate.

Allgemeines.

Spezialarzt oder Spezialasyl im Gefängnisse.

Von Dr. Rösing-Hamburg.

(Arch. f. Crim. Bd. 5, H. 1.)

Verfasser, der selbst Gefängnissarzt ist, klagt in bewegten Worten über die Schwierigkeiten, die der psychiatrisch gebildete Arzt bei den gegenwärtig herrschenden Prinzipien des Strafvollzuges hat, wenn er die seelisch Kranken bezw. Minderwertigen richtig behandeln will.

Schon die Hausordnung sei für den Sträfling eine schwere Last. Die Prügelstrafe sei für diese tief stehenden Menschen gar nicht so schlimm gewesen, die jetzt üblichen Arrest- und Hungerstrafen versetzten aber häufig den bei der einförmigen Kost Herabgekommenen in einen Zustand körperlicher Erschöpfung, die sehr häufig zu Seelenstörungen führe. Trete dann der Arzt mit mildernden Vorschlägen dazwischen, so gerathe er mit der Verwaltung in Schwierigkeiten.

Des Weiteren führt R. aus, wie das Lazareth, in dem der seelisch Erkrankte wieder dieselbe Zucht innehalten soll, dieselben Uniformen sieht, keinen günstigen Einfluss auf ihn hat, während er andererseits von den geistesgesunden Insassen zu allerlei dummen Streichen aufgewiegelt wird und so auch kein erquickliches Element im Lazareth darstellt.

Es ist vieles recht Einseitige in dem Aufsatze. Augenscheinlich werden persönliche Erfahrungen, die Verfasser ja selbst anführt, verallgemeinert, ohne dass ersichtlich wäre, ob Verfasser über die Zustände in anderen Strafanstalten hinreichend unterrichtet ist. Es giebt zum Glück solche, die recht vortheilhaft von den durch R. gekennzeichneten abstechen. Die Schlusssätze des Aufsatzes lauten:

1. Der Gefängnissarzt muss zur Diagnose der Geisteskrankheit befähigt sein.

2. Im Gefängnissspital ist in gesondertem Annex für die vorläufige Beobachtung und Unterbringung Geisteskranker Sorge zu tragen.

3. Die dauernde Behandlung hat in der Irrenanstalt zu erfolgen (am geeignetsten erscheint ein besonders fester Bau in einer Irrensiechenanstalt, wie dies Moeli für Buch vorgeschlagen).

4. Die Staatsanwaltschaft muss prinzipiell bei über einen Monat dauernder Entfernung aus dem Strafvollzuge Unterbrechung der Strafhaft, die nicht angerechnet wird, verfügen, vorbehaltlich der Begnadigung.

5. In der Disziplin des Gefängnisses muss die Möglichkeit vorgesehen sein, auf solche Individuen Rücksicht zu nehmen, die nach Gutachten des Gefängnissarztes „geistesschwach" sind. (Landwirthschaftliche Arbeit u. s. w.)

Diese Thesen, unter denen die erste und letzte von einwandsfreier Richtigkeit sind, lassen eine Einrichtung ganz unberücksichtigt, welche sich in Preussen bereits seit einer Reihe von Jahren bewährt hat und daher auch immer ausgiebiger geschaffen wird: die Beobachtungsstationen für geisteskranke Verbrecher. Hier, wo der Betrieb eine weitgehende Uebereinstimmung mit dem der Irrenanstalt hat, wo aber trotzdem der Aufenthalt auf die Strafzeit angerechnet wird, ist der Platz, an den heilbare Kranke zunächst gehören. Hier bietet sich gleichzeitig die Möglichkeit, die Genesenen allmählich wieder an die Zucht der Strafanstalt zu gewöhnen — falls ihre Strafe noch nicht voll verbüsst ist —, hier kann der Genesene, aber minderwerthig Gebliebene abwarten, ob in der zugehörigen Strafanstalt eine geeignete Arbeitsstelle frei wird, die der Forderung der fünften These entspricht. Wo solche Abtheilungen eingerichtet sind, bedarf es der in These 4 geforderten sehr zweischneidigen Bestimmung über Aussetzung des Strafvollzuges nach mehr als einmonatlicher durch Krankheit bedingter Unterbrechung nicht. Es würde zu weit führen, alle Vorteile dieses Verfahrens auseinanderzusetzen. Wir möchten nur unserer Verwunderung Ausdruck geben, dass der Verfasser eine so wichtige Einrichtung nicht mit einem Worte streift.

Chirurgie.

Ueber Verletzungen des Bauches durch Einwirkung stumpfer Gewalt.

Von Dr. med. R. v. Hippel-Dresden,
Spezialarzt für Chirurgie.

Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden am 20. Januar 1900.

(Deutsche Aerzte-Zeitung, Heft 14, 15, 16.)

Anerkanntermassen lassen stumpfe Verletzungen des Bauches wegen der grossen Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes, der häufigen Unbestimmtheit der Krankheitserscheinungen, deren Schwere oft der Schwere der Verletzung durchaus nicht entspricht, und der daraus folgenden Schwierigkeit der Ortsbestimmung eine genaue Diagnose oft nicht zu. Eine abwartende Behandlung kann nur gerechtfertigt erscheinen in Fällen, wo begründete Hoffnung vorhanden ist, dass eine Blutung oder Darmverletzung nicht vorhanden ist, und auch in Fällen von blosser Kontusion des Darmes kann in Folge Durchlässigwerdens der geschädigten Darmwand für Eitererreger eine eitrige Bauchfellentzündung eintreten, so dass zur Regel aufzustellen ist, in allen Fällen zum operativen Eingriff bereit zu sein, welcher, bei der hohen Sterblichkeitsziffer der Bauchverletzungen (97,5 Prozent [Petry]) und der Ungefährlichkeit eines kleinen Probeschnittes besser ein Mal zu viel als ein Mal zu wenig angewendet zu werden verdient.

Die angeführten Krankengeschichten stützen diese ja von den namhaftesten Chirurgen allgemein aufgestellte Norm; besonders interessant ist ein Fall von Darmkontusion, in welchem bereits eine begrenzte Entzündung der der gequetschten Darmstelle angrenzenden Bauchfellgebiete eingesetzt hatte, als, auf Grund der sich vergrössernden Dämpfung an der Stelle der Verletzung, operirt wurde. Ein Jodoformgazetampon wurde auf die betroffene Stelle des Querdarms gesetzt und sein Ende durch den Bauchschnitt nach aussen geleitet. Es trat Heilung ein.

Der Jodoformgaze wird vom Vortragenden der Vorzug vor steriler, nicht imprägnirter Gaze zu Tamponadezwecken eingeräumt, da sie sich besser an die Wundflächen ansauge.

Seelhorst.

Ein geheilter Fall von multiplen Darmverletzungen.

Von Dr. Deiters, Assistenzarzt an der Provinz-Irrenanstalt zu Andernach.
(M. M. W., 1900, No. 36.)

Eine irre Bauersfrau hatte sich mit einer Scheere eine Bauchverletzung beigebracht, aus der etwa 2 m Darmschlingen herausgetreten waren, in welchen sich „mindestens 12“ Verletzungen befanden. Trotz schlechtester Hoffnung auf Erfolg wurden die sämmtlichen Defekte mit Serosaknopfnäthen geschlossen, jedoch nur unter derjenigen Asepsis, welche die Eile gestattete. 2 Jodoformgazestreifen wurden aus der Bauchhöhle herausgeleitet, Bauchfell, Fascie und Haut bis auf den mittleren Wundwinkel genäht. Am 3. Tage Erbrechen, wodurch aus einer auseinander gewichenen Stelle der Fascie einige Darmschlingen unter die Haut an der Drainagelücke traten. Sie wurden zurückgebracht, die Wunde fest mit Jodoformgaze ausgestopft. Die Wunde secernirte stark, doch trat ohne Temperatursteigerung völlige Heilung der Verletzung ein. Das Irrsein, welches während der Wundbehandlung sich gebessert hatte, trat nach Heilung wieder voll auf.

Seelhorst.

Schusswunde der hinteren Magenwandung. Laparotomie nach 17 Stunden. Heilung.

Von Dr. Andrassy-Boblingen.
(Med. Korresp.-Bl. d. Württ. ärztl. L.-V. No. 40.)

Ein jugendlicher Selbstmörder hatte sich einen Revolverschuss in den Bauch beigebracht, anscheinend bei nicht sehr vollem Magen. Der Einschuss befand sich links etwas über dem Nabel. Es waren gar keine Erscheinungen von Herzschwäche vorhanden. Flüssigkeit war im Bauche nicht nachzuweisen. Dagegen waren die Bauchmuskeln krampfhaft zusammengezogen und es bestanden lebhafte Schmerzen im Bauch. Diese beiden Erscheinungen waren besonders massgeblich für die sofortige Ausführung des Bauchschnitts. Nach längerem Suchen fand sich ein Riss in der hinteren Magenwand. Dieser wurde vernäht. Eine Veranlassung weiter nach der Kugel zu suchen, lag nicht vor.

Die Verletzung ist so entstanden zu denken, dass der Lebensüberdrüssige mit der Pistole die Bauchdecken eingedrückt hatte, so dass die Kugel von vorn nach hinten oben zwischen Querdarm und Magen durchdrang, hierbei die hintere Magenwand streifte und einriss und schliesslich in den Rückenmuskeln stecken blieb.

Anhangsweise bemerkt Verfasser, dass er, nachdem ihm zwei Verletzte, die er bei beginnender Bauchfellentzündung noch operirt hat, gestorben sind, prinzipiell von der Operation absteht, sobald er den Leib nicht eingezogen, sondern aufgetrieben findet.

Zwerchfellbruch bei einem Kinde.

Von Kaeppeli sen.
(Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte.)

Das 10 Monate alte Kind, bis dahin stets normal, äusserte plötzlich, mitten in einer Nahrungsaufnahme Unbehagen, trank nicht mehr und würgte schleimige Massen aus. Am dritten Tage plötzlicher Tod. Die Sektion ergab einen Zwerchfellbruch, welcher linkerseits den Zwerchfellmuskel durchsetzte, einen aus Brustfell und Bauchfell gebildeten Bruchsack aufwies und die Milz sowie den Fundus des Magens enthielt. Die ganze vordere und untere Magenwand ist nekrotisch zerfetzt, sodass der Magen in ganzer Länge eröffnet ist. Die Netztasche liegt vorn auf dem Magen und ist mit schwarzer Flüssigkeit gefüllt.

Nicht der abgestorbene, sondern der normal ernährte Theil des Magens lag im Bruchsack und es muss durch Kontraktion der Zwerchfellmuskulatur ein Verschluss nur der zur grossen Kurvatur gehörigen Gefässe eingetreten sein.

Die Entstehung des Bruches glaubt Verfasser dem Andrängen des Bauchhöhleninhaltes gegen eine schwache Stelle des Zwerchfells durch Bauchpresse und vielleicht durch die Saugbewegungen zuschreiben zu müssen. Seelhorst.

Ueber hernia epigastrica.

(Nach einem im unterelsässischen Aerzteverein gehaltenen Vortrage.)
Von Stabsarzt Dr. Eichel-Strassburg i. E.
(Münchener medizinische Wochenschrift 1900. No. 13.)

Vortragender hat drei Fälle von Brüchen der Bauchwand zwischen Schwertfortsatz und Nabel beobachtet, von denen zwei mit Sicherheit auf Verletzungen, einer auf Bajonettstoss beim Uebungsfechten, der andere auf Heben einer schweren Kiste, zurückzuführen sind, während ein dritter plötzlich ohne nachweisbare Verletzung oder schwere Anstrengung entstand. Der zweitgenannte Fall, bei welchem sich sehr weite Seitenkanäle nachweisen liessen, entzog sich der Operation, die beiden andern wurden operirt und geheilt. Bei beiden musste das den Inhalt des Bruches bildende, vom Bauchfell nicht bedeckte Netz zur Reposition aus Verwachsungen mit den Bruchpfortenrändern gelöst werden. Beide Male stand der Riss in den Bauchdecken quer, bei dem durch Bajonettstoss entstandenen Falle betraf er den rechten graden Bauchmuskel, bei dem spontan entstandenen Falle, der im Uebrigen keinerlei Bruchanlagen aufwies, die weisse Linie. Beide Risse wurden in der Längsrichtung vernäht. Die beiden operirten Patienten kamen wenige Tage nach Entstehung des Leidens in Behandlung, sie hatten erhebliche Schmerzen, der nicht Operirte, der seinen Bruch schon zwei Jahre trug, hatte nur anfangs Schmerzen gehabt. Die sonst bei dem besprochenen Leiden so häufig beobachteten Verdauungsstörungen fehlten bei allen drei Fällen.

Seelhorst.

Traumatische oder habituelle Skoliose?

Von Dr. Heimann-Schwäbisch-Hall.
(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., Oktober 1899)

Die Rentenansprüche eines 18jähr. Sägers, der eine hochgradige Verkrümmung seiner Hals- und Brustwirbelsäule, welche, nach links abweichend und im untersten Theil der Halswirbelsäule beginnend, bis etwa zum 9. Brustwirbel reichte, darauf zurückführte, dass ihm Bretter im Gewicht von 25 kg auf die linke Seite des Rückens und zwar in die Mitte zwischen Hals und linker Schulter, oberhalb der Schultergräte, fielen, wurden in allen Instanzen abgewiesen. Die Abweisung stützte sich auf gutachtliche Aeusserungen von vier Aerzten, und wurde in der Hauptsache damit begründet, dass die Verkrümmung eine ganz gleichmässige sei, jede Knickung, jede Gibbusbildung fehle, jeder augenblickliche Schmerz und eine sich

direkt nach dem Unfall anschliessende krankhafte Veränderung gleichfalls, sowie, dass $4^1/_2$ Monate nach der Verletzung schon eine völlige Ausgleichungsunmöglichkeit der Verkrümmung vorhanden gewesen sei. Der Verfasser stützt sich dagegen in seinem, zur Begründung der Rentenansprüche verfassten Gutachten auf die Angabe des Verletzten, sicher vor dem Unfalle ganz gerade gewesen zu sein, Angaben, die von seinen Angehörigen und dem Dorfschneider bestätigt werden, ferner auf das Fehlen krankhafter Anlage und vorausgegangener, zu Skoliosenbildung neigender Erkrankungen. Er führt zur Unterstützung seiner Ansicht Beobachtungen von Raymond Sainton, Paris (de la scoliose tardive des jeunes garçons, Revue d'orthopédie, 1894) an, in welchen bei 16-, 17- und 21jähr. Leuten im Anschluss an Verletzungen sich Rückgratverkrümmungen mit schnellem Verlaufe entwickelten. Seelhorst.

Ein Beitrag zu der Frage der traumatischen Wirbelerkrankungen.

Von M. Oberst-Halle a. S.
(Münch. med. Wochenschr. 1900, 39.)

Verf. präcisirt seine Ansicht in Betreff der auf Verletzungen von geringer Stärke nach längerer Zeit folgenden Gestaltveränderungen der Wirbelsäule dahin, dass es eine „traumatische Spondylitis“, d. h. einen auf Grund von unbedeutender Schädigung des Wirbelknochengewebes entstandenen, zu fortschreitendem Substanzverlust in Wirbeln führenden Erkrankungsprozess nicht giebt, sondern dass alle Gestaltveränderungen der Wirbelsäule nach Verletzungen auf Kompressionsfrakturen zurückzuführen sind. [Eine Arbeit von J. Schulz: (Weitere Erfahrungen über traumatische Wirbelerkrankungen) und die Nichterwähnung seiner in einer Diskussion auf der 71. Naturforscherversammlung geäusserten Ansicht über das Thema veranlassen ihn zu der Darlegung seiner Ueberzeugung, welche dieselbe ist wie diejenige König's, Schede's, Trendelenburg's, Kaufmann's, Nattemer's und der älteren Auffassung Kümmel's von der „traumatischen Spondylitis“ widerspricht.] Ein geringes Hervorragen der Dornfortsätze der unteren Rücken- und Lendenwirbel kommt ausserdem auch bei Arbeitern vor, welche nie einen Unfall erlitten.

Seelhorst.

Ueber Osteomyelitis acuta des Atlas.

Von Stabsarzt Dr. Eichel-Strassburg i. E.
(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 35.)

Ein Feldwebel erkrankte mit Schmerzen im Nacken, die besonders beim Treppabgehen und Aufrichten im Bett vorhanden waren, sich aber im Laufe von etwa einer Woche, besonders erregt durch starkes Geschütteltwerden auf einem Pferdebahnwagen, sehr steigerten und mit Unbeweglichkeit des Kopfes vergesellschafteten. Nach etwa 3 Wochen konnte Pat. grössere Bissen schlecht kauen und seinen Kopf nicht hochhalten, er musste mit den Händen zugreifen, um das Kinn von der Brust zu entfernen. Mit stark nach vorwärts und rechts geneigtem und rechts gedrehtem, ängstlich in dieser Stellung festgehaltenen Kopfe und Fieber von 38,5° kam Pat. in die Behandlung. An der rechten Seite des Nackens befand sich eine undeutlich fluktuirende Schwellung, die, etwas unterhalb des Warzenfortsatzes beginnend, zwischen Mittellinie und Sternocleidomastoideus bis zur Hälfte des Nackens herabreichte, von gerötheter Haut bedeckt und druckempfindlich war. Im Rachen und an den Ohren keine Veränderungen, nervöse Erscheinungen fehlten ebenfalls, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Bei der Operation wurde ein Abscess entleert, in dessen Tiefe nach Durchtrennung der tiefen Nackenmuskulatur der rechte hintere Bogen des Atlas eitrig zerstört gefunden wurde. Zwei erbsengrosse, gelöste Sequester werden entfernt, der Knochen mit scharfem Löffel abgekratzt. Im Eiter fand sich Staphylococcus pyogenes aureus. Drainage und Ausstopfung der Wunde, Feststellung des Kopfes mit Schusterspan. Im Verlauf von 8 Wochen Heilung mit freier Beweglichkeit des Kopfes.

In einem Falle von Osteomyelitis des Hinterhauptbeins, den Verf. kurz nach dem erwähnten operirte, stellten sich nach Abheilung eines Furunkels an der Unterlippe reissende Schmerzen über dem rechten Auge ein, welche sich immer mehr nach der rechten Ohr- und Nackengegend zogen und schliesslich ihren Hauptsitz hinter dem rechten Ohre gewannen und nach vorn ausstrahlten. Fieber von 39,8 stellte sich ein, die Bewegungen des Kopfes waren beschränkt, besonders nach vorn, Drehungen nach rechts besser ausführbar als nach links. Bei der Aufnahme teigige Schwellung von der oberen Hinterhauptlinie abwärts bis zum 2. Halswirbel, zwischen Mittellinie und Warzenfortsatzlinie, Rachen und Ohren ohne Veränderungen. Bei der Operation wurde nach Ablösung des Ansatzes des Kapuzenmuskels und theilweiser Durchtrennung des Sternocleidomastoideus eine Eiterhöhle eröffnet, deren Grund von der eitrig zerstörten Hinterhauptbeingegend, zwischen dem Gelenkfortsatz und Warzenfortsatz gebildet wurde. Entfernung von gelösten Sequestern, Glättung des Hinterhauptknochens mit Meissel und scharfem Löffel erzielte auch hier Ausheilung mit freier Beweglichkeit. Es kamen mit der Zeit noch eine Reihe kleiner Knochenstückchen zur Ausstossung.

Bemerkenswerth ist bei diesem Falle der Beginn mit Nervenschmerzen im Gebiete des oberen Astes des 5. Hirnnerven.

Die Verschiedenheit des Sitzes der Weichtheilschwellung je nach dem Sitze des Krankheitsherdes an den ersten Halswirbeln oder der Schädelbasis erscheint für die Diagnose verwendbar.

Bei bestehendem Zweifel, ob eine derartige Erkrankung tuberkulöser oder osteomyelitischer Natur sei, empfiehlt Verf. wegen der schlechten Prognose tuberkulöser Erkrankungen dieser Theile lieber einmal zu viel zu operiren und bei Auffindung tuberkulöser Veränderungen die Operation abzubrechen, als einen, in seiner Prognose guten, osteomyelitischen Herd unoperirt zu lassen. Seelhorst.

Innere Medizin.

Ueber Vorkommen und Diagnose der Gicht.

Von Prof. Dr. A. Strümpell-Erlangen.
(Münch. Med. Woch. 1900, No. 38.)

Strümpell ist der Ansicht, dass die Gicht viel häufiger vorkommt, als sie erkannt wird, weil man gewöhnt ist, sie als ziemlich selten zu betrachten und infolgedessen nicht genug an sie denkt. Einen echten Podagraanfall deutet freilich Jeder richtig, nicht aber die gichtischen Erkrankungen anderer Gelenke.

Um die gichtische Natur eines akuten Gelenkleidens festzustellen, hat man zunächst den Kranken zu fragen, ob bei früheren Anfällen das Leiden einmal seinen Sitz im Grundgelenk der grossen Zehe gehabt hat. Es ist schon eine Ausnahme, wenn dieses Gelenk nicht beim ersten Anfall betroffen war — dass es bei zahlreichen Anfällen verschont bleibt, kommt kaum vor. Ferner ist zu bedenken, dass die Gicht häufiger die unteren, als die oberen Gliedmassen und häufiger die vom Rumpf entfernten, als die demselben nahen, fast wie die Schulter- oder Hüftgelenke befällt. Im Gegensatz zum Rheumatismus erstreckt sich der Gichtanfall meist nur auf ein

Gelenk, kaum je auf mehr als zwei bis drei. Akuten Gelenkrheumatismus hat man im Leben allenfalls vier, höchstens fünf, sechsmal, alte Gichtiker können ihre Anfälle manchmal kaum mehr zählen. Dagegen dauert wiederum bei ihnen die einzelne Attacke kürzer. Endlich ist auf den plötzlichen Eintritt des Gichtanfalls, die ausserordentliche Schmerzhaftigkeit und starke Röthung und Schwellung des kranken Gelenks dabei zu achten. Die Begleiterscheinungen vom Magendarmkanal und das Verhalten des Harns und Blutes fand Strümpell nicht kennzeichnend.

Es giebt nun aber auch larvirte Giftformen. Zunächst die chronische gichtische Gelenkentzündung, die auf den ersten Blick mit der gewöhnlichen chronischen Gelenkentzündung sehr leicht zu verwechseln ist. Hier liegt wieder das Haupterkennungsmittel in der Feststellung früherer echter Gichtanfälle. Des Weiteren kann sich die Gicht hinter irgend welchen örtlichen Schmerzen (Fusssohlenschmerz, Achillessehnenschmerz) verbergen. Bei Schrumpfniere darf man nicht vergessen, auf gichtischen Ursprung zu fahnden. Ein solcher wird besonders wahrscheinlich, wenn chronische Blutvergiftung vorausgegangen ist.

Nicht ganz so klar als ihr Verhältniss zu den bisher genannten Erkrankungen sind die Beziehungen der Gicht zu Krankheiten des Gefässsystems. Meist wird man geneigter sein, beides auf chronischen Alkoholismus zurückzuführen. Es giebt aber auch Fälle, wo eine direkte Abhängigkeit der Gefässveränderungen von der Gicht wahrscheinlich ist. Immer noch ungenügend erforscht sind die wechselseitigen Beziehungen zwischen Gicht, Zuckerkrankheit und Fettsucht. Vielleicht stehen mit der Gicht gelegentlich auch Haut- und Schleimhauterkrankungen in Zusammenhang.

Unter den Ursachen der Gicht sind besonders zweierlei chronische Vergiftungen zu nennen: Alkohol, insbesondere in der Form von Bier, und Blei. Die Bleigicht scheint klinisch manche Eigenthümlichkeiten zu haben, wozu die Häufigkeit der Schrumpfniere gehört. Aber entschieden treten die äusseren Schädlichkeiten nur dann in Wirksamkeit, wenn gleichzeitig eine innere Veranlagung vorhanden ist, die allem Anschein nach auf einer familiären, erblichen Belastung beruht.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Hämorrhagien bei Influenza.

Von Dr. G. Petrucci-Parma.
(Wiener Med. Pr. 1900. No. 39.)

Blutungen können bei der Influenza entweder eine Theilerscheinung ohne besonderen klinischen Werth darstellen oder, besonders wenn andere Krankheitszeichen nur spärlich vorhanden sind, das klinische Bild gerade beherrschen. Sie sind in einzelnen Fällen schon früher, ja auch schon in alten Zeiten beschrieben worden. Im Ganzen ist aber die Literatur immer noch spärlich, und die Zusammenstellung, die Verfasser von eigenen Fällen und solchen aus der Praxis näherer Kollegen ausgeführt hat, entbehrt nicht der Wichtigkeit.

Am häufigsten und gewöhnlich am bedeutungslosesten scheint das Nasenbluten zu sein, wovon P. fünf Fälle mittheilt. Es kann immerhin bei schwerem und anhaltendem Blutverlust die durch die Krankheit bedingte Erschöpfung in lebensgefährlicher Weise steigern. In anderen Fällen aber leitet es auch kritisch das rasche Schwinden der Krankheit ein.

Am nächsthäufigsten sind Blutbeimengungen zum Auswurf, meist nur in Form streifiger Verfärbungen, gelegentlich aber als richtiger Blutsturz. Die naheliegende Vermuthung einer gleichzeitig zur Entwickelung kommenden Tuberkulose konnte in P.'s Fällen bakteriologisch und klinisch widerlegt werden. Ungefähr auf der gleichen Häufigkeitsstufe dürften Blutungen aus der Gebärmutter stehen, die zur Fehlgeburt zu führen vermögen.

Nur aus der Literatur kennt Verfasser die Bindehaut-, Netzhaut-, Trommelfell-, Gehörgangs- und Hautblutungen, sowie die seltenen Darmblutungen. Dagegen kann er eine eigene Beobachtung von einer zwei Tage anhaltenden Nierenblutung mittheilen. Bei Sektionen sind garnicht selten auch in den verschiedensten anderen Organen Blutungen gefunden worden.

Die Frage, ob es eine Influenzaform giebt, die besonders zu Blutungen neigt, etwa in Folge einer Mischinfektion, ist noch nicht spruchreif.

Neurologie und Psychiatrie.

Neuritis ascendens traumatica ohne äussere Verwundung.

Von Dr. K. Brodmann-Jena.
(M. M. W. 1900, No. 24.)

Ein bisher gesunder 33jähriger Mann, kein Trinker, der auch keine andere Gelegenheit gehabt hat, sich eine Nervenentzündung zuzuziehen, stösst mit der Kuppe des 4. Fingers der rechten Hand ziemlich heftig gegen eine Maschine. Augenblicklich fühlt er einen stechenden Schmerz, der bis zur Handwurzel ausstrahlt, aber für die nächsten Tage nur ein leises Brennen und eine Neigung zum Einschlafen der Finger zurücklässt. Aeusserlich veränderte sich an dem verletzten Theile nichts.

Die Beschwerden bestanden, wenig beachtet, so etwa 4 bis 6 Wochen lang. Dann fingen die Finger an, ungeschickt zu werden. Kurz darauf stellten sich Schmerzen im Vorderarm und, besonders bei Bewegungen, im Ellbogengelenk ein, es folgte eine Ermüdbarkeit des Arms.

6 Wochen nach dem Unfall (?) wurde bereits Muskelschwund an der rechten Hand festgestellt. Die Krankheit verschlimmerte sich immer mehr, nicht ohne dass zwischendurch der Muskelschwund von einem Gutachter auf Nichtgebrauch zurückgeführt und das Klagen des Verletzten als übertrieben bezeichnet wurde.

Etwa 22 Monate nach dem Unfall klagte der Kranke über schiessende Schmerzen im ganzen rechten Arm, einschliesslich der Schulter, die jetzt schon nach der linken Schulter ausstrahlten, über Taubheits- und Kribbelgefühl in den rechten Fingern, Ungeschicklichkeit der letzteren und Schwäche des ganzen Arms.

Objektiv war ein Muskelschwund messbaren Grades an der rechten Gliedmasse erkennbar; die rechte Schulter hing tiefer als die linke, die Schultergrätengruben waren rechts vertieft, die ganze Brustseite abgeflacht. Die Zwischenfingerräume sah man rechts grubig eingedrückt, die Ballen der Hände liessen dagegen keinen Unterschied erkennen. Die grobe Kraft der rechten Schulter und des rechten Arms war herabgesetzt. Nur vom dreiköpfigen Armstrecker wird mitgetheilt, dass er sehr wenig geschädigt war. Nach längerem Ueben trat ein feinschlägiges Zittern im ganzen kranken Arm ein. Druck auf die Muskulatur, besonders aber auf die Nervenstämme, verursachte Schmerzen. Man fühlte die Nerven da, wo sie überhaupt fühlbar sind, gegenüber der linken Seite deutlich verdickt.

Am rechten Arm bis hinauf zum Gebiet der Oberschlüsselbein-Nerven wurden zartere Berührungen gar nicht, stärkere als schmerzhaft empfunden. Feine Nadelstiche wurden nicht gefühlt, tiefere verursachten ein anhaltendes Brennen.

Die elektrische Erregbarkeit am rechten Arm war sehr verschieden verändert. In einzelnen Muskeln bestand theil-

weise Entartungsreaktion, nirgends völlige, in andern Herabsetzung, in andern Steigerung der Erregbarkeit.

Hier haben wir also eine Nervenentzündung, entstanden ohne offene Wunde, ohne Infektion, aber durch eine äussere Gewalt; und zwar eine aufsteigende Nervenentzündung, die von den Gefühls-Endzweigen der Fingernerven auf alle Aeste des Armgeflechts, ja auch auf die Gegenseite gewandert ist.

Eine rein funktionelle Störung oder eine Syringomyelie — beides könnte diagnostisch in Frage kommen — lässt sich nach dem Verlauf und Befund ausschliessen.

Da auch der Kappenmuskel, versorgt vom 11. Hirnnerven, betheiligt ist — ein bei Schulter-Neuritiden übrigens nicht seltenes Ereigniss — muss man sich fragen: wie kann der Entzündungsvorgang auf diesen anatomisch abgesonderten Nerven übergehen? Am wahrscheinlichsten erklärt sich dies und das Uebergreifen auf die andere Körperhälfte durch die Annahme, dass die Entzündung vom Nerven auf die graue Rückenmarkssubstanz übergreift und in dieser weiterkriecht.

Der Kranke wurde als voll-erwerbsunfähig erklärt. Entgegen einem Vorgutachter wurde betont, dass auch leichtere Beschäftigung in diesem Falle schädlich wirken könne.

Ein Fall von unterer Plexuslähmung nach Schussverletzung.

Von Dr. H. Brassert-Leipzig.

(Neur. Centr. 1900, No. 18.)

Ein bei Königgrätz in die Brust Geschossener weist zur Zeit eine Narbe etwas seitlich von der Brustwarzenlinie im zweiten Zwischenrippenraum und eine zweite dicht unterhalb der Schultergräte über dem inneren Schulterblattrande auf.

Anfangs hatte er eine Lähmung der rechten Hand mit Gefühlsstörungen und Schmerzen, am unteren Drittel des Unterarms war das Gefühl abgestumpft. Am letzteren und der Hand stellte sich in wachsendem Maasse Muskelschwund ein, neben dem besonders unangenehm gegenwärtig ein „Frieren“ und Schmerzen im Gebiet des Ellennervens empfunden wird.

Ausgesprochener Muskelschwund ist nachweisbar an den Beugern und Pronatoren des Unterarms, am Daumen- und Kleinfingerballen und den übrigen kleinen Muskeln der Hand. Die Hand steht in einer graden Linie mit dem Vorderarm, die Grundglieder der Finger sind gestreckt, die übrigen leicht gebeugt, der Daumen ist gestreckt. Die Haut der Hand und des unteren Unterarms ist kühl, bläulich und dünn. Das Handgelenk und die Fingergelenke sind mehrweniger steif. Die Lähmung entspricht dem Muskelschwund, die Hautempfindung ist stark im Gebiet des Ellennerven, schwächer in dem des mittleren Armnerven gestört.

Es fehlen also von den klassischen Lähmungserscheinungen der unteren Wurzeln des Armnervengeflechts (Klumpke'sche Lähmung) nur die Augenstörungen, die Enge der Pupille und der Lidspalte und das Tieferliegen des Augapfels. Da diese Störungen vom Nervus sympathicus ausgehen, muss der von diesem zur ersten Brustnervenwurzel ziehende Nervenstrang eben verschont sein.

Die Verhütung der Geisteskrankheiten.

Von Percy Smith.

(The brit. medical Journal 11. Aug.)

Bei der diesjährigen Versammlung der British medical Association in Ipswich (Juli/August 1900) hat Dr. Smith bei Eröffnung der psychologischen Sektion über das oben angegebene Thema gesprochen.

Die wichtigsten Ursachen für die Entstehung von Geisteskrankheiten sind nach seiner Meinung dreierlei.

1. Die Fortpflanzung der Rasse durch solche, welche von Geisteskranken stammen oder selbst einmal geisteskrank gewesen sind.

2. Der Einfluss des Alkohols.

3. Die Syphilis, insofern sie als Ursache der progressiven Paralyse zu betrachten ist.

Deshalb muss die Gesetzgebung, wenn die stetige Zunahme der Geisteskrankheit beschränkt werden soll, vor allem auf die Verhütung dieser Ursachen bedacht sein.

Die Statistik ergiebt, dass die Vererbung der Geisteskrankheit (in den Jahren 1893 bis 1897) bei Männern in 20,4 Prozent, bei Frauen in 25,9 Prozent der Fälle nachgewiesen werden konnte und diejenige Ursache bildet, welche den grössten Prozentsatz der Geisteskranken abgiebt. Der Frage, wie man die Geisteskrankheit verhüten könnte, und der Thatsache, dass die Geisteskrankheit in vielen Fällen zu verhüten ist und verhütet werden muss, sei bis jetzt zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden. Es sei die vornehmste Aufgabe des XX. Jahrhunderts, die Zahl der Geisteskranken dadurch zu vermindern, dass man ihre Zeugung verhindere. Da es unwahrscheinlich sei, dass die Gesetzgebung für diesen Punkt entscheidende Massregeln treffe, so müsse das Volk entsprechend erzogen werden. Belastete Personen dürften nur mit ganz gesunden und aus ganz gesunder Familie stammenden Individuen eine Ehe eingehen. Solche aber, welche selbst geisteskrank gewesen sind, dürften sich überhaupt nicht verheirathen. Solche Menschen müssten durch das Gesetz verhindert werden, ihr Geschlecht fortzupflanzen und das Verbot der Ehe sei auch gegen Epileptiker zu richten, gleichgiltig ob sie an petit mal oder grand mal leiden.

Der Alkohol wurde statistisch bei Männern in 22 Prozent, bei Frauen in 9,1 Prozent der Fälle als Ursache von Geisteskrankheit nachgewiesen, wobei nur der Einfluss auf das Individuum selbst, aber nicht die Vererbung berücksichtigt wurde. Auch hier müsse eine vernünftige Gesetzgebung eingreifen und zu verhüten suchen; vor allem seien diejenigen zu bestrafen, welche einem Gewohnheitstrinker zum Alkohol verhelfen. Wo die Trunkenheit regelmässig vorkomme, habe der Staat die Pflicht die Frau resp. den Mann oder die Kinder zu schützen und die Familie zu trennen.

Was die Syphilis als Ursache der Paralyse betrifft, so kann bei aller Verschiedenheit der Ansichten nicht geleugnet werden, dass bei einer grossen Zahl von Paralytikern in früheren Jahren Syphilis bestanden hat und dass sie in der Vorgeschichte bei keiner Form von Geisteskrankheit häufiger ist als bei der Paralyse. Deshalb werde mit dem Schwinden der Syphilis auch das Vorkommen der progressiven Paralyse seltener werden. In den Staaten, wo die Syphilis im Krankenhaus behandelt wird, wie in Finland, wo durch das Gesetz jeder auf Syphilis Verdächtige zu einer Untersuchung gezwungen werden kann, hat sich in den letzten 20 Jahren die Syphilitis vermindert und ist auch die kongenitale Syphilis entsprechend seltener aufgetreten. Nach der Ansicht von Smith ist die progressive Paralyse eine Erkrankung, vor welcher die Menschen bewahrt werden können und welche bei Kontrole der Syphilis verschwinden wird. Leider, meint er, ist die öffentliche Meinung noch nicht so weit vorgeschritten, um für die Gesetzgebung in Bezug auf diesen Punkt einzutreten.

Franz Meyer-Berlin.

Vergiftungen.

Apathie nach Thyreoidingebrauch.

Von F. G. Haworth.

(Brit. Medic. Journal. 1. September.)

Haworth hat einem 16jährigen Mädchen, welches an leichtem Kropf litt, im übrigen aber kräftig und gesund war, Thyreoidin verordnet, nachdem er in einem ganz ähnlichen Falle bei einer Verwandten des Mädchens nach Verabreichung des Mittels schnelles Zurückgehen der Schwellung ohne Nebenerscheinungen hatte beobachten können. Er verschrieb das Mittel in Dosen von 0,3 g, dreimal täglich. Das Mädchen, welches körperlich und geistig frisch und rege gewesen war, welches sogar ihr Examen bestanden hatte und Kinder unterrichtete, zeigte nach dem 3 wöchentlichen Gebrauch des Mittels auffallende Veränderungen in ihrem Wesen. Sie fühlte sich schläfrig und apathisch und hatte für nichts mehr Interesse, die Müdigkeit war so hochgradig, dass sie beim Spazierengehen sich öfter niedersetzen musste und dann einschlief. Ihr Gedächtniss hatte so abgenommen, dass sie nichts behielt und jeden Auftrag noch vor seiner Erledigung vergass. Während sie früher gerne las, unterliess sie es jetzt und klagte bei dem Versuch über Kopfschmerzen. Sie war verdrossen und that nur unwillig und mechanisch ihre Arbeit. Dabei war das körperliche Befinden nicht verändert, der Appetit war dauernd ganz gut, der Stuhlgang geregelt. Ueber den weiteren Verlauf des Falles fehlen die Angaben.

Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von akuter Formalinvergiftung.

Von Dr. J. Klüber-Erlangen.

(Münch. Med. Woch. 1900. No. 41.)

Bei der Wichtigkeit, die das Formalin in mannichfaltigster Beziehung bereits erlangt hat und noch zu erlangen verspricht, beansprucht die vorliegende Mittheilung hohe Beachtung.

Ein Mann in mittleren Jahren hatte aus einer Bitterwasserflasche einen tüchtigen Schluck genommen und dabei die Empfindung gehabt, dass das angebliche Apentawasser ganz auffallend schlecht, gallenbitter geschmeckt habe. Man fand ihn ungefähr $1^1/_2$ Stunden später bewusstlos, blass und mit kaltem Schweiss bedeckt. Puls, Temperatur und Reflexe waren in Ordnung, dagegen war die Athmung in wechselndem Masse von Rasseln begleitet. Eine sofort vorgenommene Magenausspülung gab keinen Aufschluss über die Natur der Erkrankung. Erst am nächsten Morgen kehrte das Bewusstsein theilweise wieder, um sehr bald wieder einem Zustande der Schlaftrunkenheit zu weichen. Erst 19 Stunden nach Beginn der Störung wurde zum ersten Mal Harn gelassen. Derselbe sah strohgelb aus und war frei von Eiweiss und Zucker, dagegen bewies eine starke Schwärzung, die beim Erwärmen mit ammoniakalischer Höllensteinlösung auftrat, die Anwesenheit von Ameisensäure.

Kurz nachher wurde der Kranke munterer und benahm sich etwa wie ein leicht Angeheiterter. Er hatte geröthete thränende Augen und eine ziemlich stark geröthete Mund- und Rachenschleimhaut. Schon Tags darauf konnte er seiner Arbeit wieder nachgehen, aber noch am zweiten Tage wurde deutlich Ameisensäure abgeschieden.

In der Flasche, aus welcher der Mann das Gift bekommen hatte, waren nur noch ein paar Tropfen Flüssigkeit, die schwach spirituös rochen, beim Erwärmen aber einen deutlichen, wenn auch nicht starken Formalingeruch gaben. Da die Prüfung auf schwefelsaure Salze deren Anwesenheit ergab, muss man annehmen, dass die Formalinlösung mit Bitterwasser gemischt war. Das Formalin wurde ausser am Geruch auch daran erkannt, dass es ammoniakalische Silberlösung schwärzte und Anilinwasser nach kurzer Zeit milchig trübte. (Probe nach Trillat.)

Ein Fall von Bromoformvergiftung.

Von Dr. A. Engster-Erlikon.

(Korresp.-Bl. f. Schw. Aerzte 1900. No. 19.)

Die Fälle von Bromoformvergiftung sind so selten, dass jeder einzelne der Mittheilung werth ist, wenn auch das bisher wenig charakteristische Krankheitsbild keine neuen Züge darbietet.

Im vorliegenden Fall hatte ein dreijähriges Kind drei bis vier Gramm Bromoform ausgetrunken. Erst 20 Minuten später wurde die Giftwirkung deutlich. Das Kind taumelte, erblasste und stürzte dann wie tot hin. Der Arzt fand es mit äusserst beschleunigtem Pulse, fast aufgehobener Athmung und völlig erweiterten Pupillen. Bei Erschlaffung der übrigen Muskulatur waren die Kinnbackenmuskeln zusammengezogen.

Mit der Schlundsonde wurde eine nach Bromoform riechende Flüssigkeit entleert. Die Athmung kehrte selbständig wieder, nachdem sie etwa eine Viertelstunde künstlich hatte unterhalten werden müssen. Sie drohte aber, bald wieder auszubleiben, so dass sie noch eine Zeitlang unterstützt werden musste.

Nach etwa einer Stunde im Ganzen kam das Kind zu sich und erholte sich rasch.

Augen.

Ueber die Behandlung infizirter perforirender Bulbuswunden.

Von E. Glauning.

(Münch. medizin. Wochenschrift. 1900, S. 1070-1074.)

Verf. weist zunächst darauf hin, dass man bei perforirenden Verletzungen des Augapfels sehr wohl durch eine konservative Behandlung oft ein auch funktionell noch ganz leidliches Resultat erzielen kann. Sodann beschreibt er die galvanokaustische Parazentese der vorderen Kammer, wie sie Eversbusch bei Augen anwendet, welche nach Verletzungen heftige entzündliche Erscheinungen zeigen. Die Parazentese wird in der Absicht ausgeführt, durch die erzeugte Kammerfistel eine gründliche Eliminirung der in dem Auge vorhandenen septischen Stoffe zu erzielen. Als Angriffsstelle für die Kauterisation wurde das periphere Ende oder die am leichtesten zugängliche Stelle der Hornhautwunde gewählt. Nehmen die entzündlichen Erscheinungen nach der Parazentese wieder zu oder tritt wieder Hypopyon auf, so wird der Eingriff nach 3—4 Tagen wiederholt. 3 Fälle dienen zur Erläuterung der Erfolge dieser Behandlungsweise, welche namentlich dann gute Resultate verspricht, wenn es sich um lokalisirte Eiterungen handelt. Es kann dann durch die Glühschlinge der betreffende Eiterherd in toto auf einmal zerstört werden. Als Beispiel für letzteres Verhalten wird eine Patientin erwähnt, bei welcher 10 Tage nach einer Nachstaardiscission die Wunde in Folge körperlicher Anstrengung wieder aufplatzte und eine Infektion eintrat. Es zeigte sich im vorderen Theil des Glaskörpers hinter der Pupille eine Eiterflocke. Dieselbe wurde sofort durch den Galvanokauter, der vorsichtig bis zu $^1/_2$ cm ins Bulbusinnere eindrang, in ihrer ganzen Grösse zerstört. Der Erfolg war ein guter, es wurde schliesslich eine Sehschärfe von $^6/_{20}$ erzielt.

Groenouw.

Ein Fall von spontan auftretender intraokularer Blutung, die zur Bulbusruptur führte.

Von Dr. Hauenschild.
(Münchener medizin. Wochenschrift. 1900, S. 1071 f.)

Ein 28jähriges Mädchen bekommt nach einem Spaziergange plötzlich einen heftigen Schmerzanfall im rechten Auge, das Auge wird roth und es soll Blut aus der Lidspalte hervorgespritzt sein. Am nächsten Morgen ergiebt die ärztliche Untersuchung eine starke Blutung in die Lider, unter die Bindehaut und in die vordere Kammer, das Auge selbst erscheint etwas vorgetrieben. Nachdem das Blut einigermassen resorbirt ist, zeigt sich oben in der Sklera eine Rupturstelle, in deren Bereich die Iris fehlt. Das Auge blieb amaurotisch. Das linke Auge ist, abgesehen von einzelnen Hornhautflecken gesund. Die Untersuchung des Allgemeinzustandes, insbesondere des Urins und Blutes ergiebt keine Ursache für die Blutung. Verf. glaubt, dass Haemophilie vorliegen könne oder dass eine Erkrankung des Ciliarkörpers (Geschwulst?) bestand, die zu einer Gefässzerreissung führte. Groenouw.

Ueber einen Fremdkörper im Augeninnern, dessen Bestimmung mit Roentgenstrahlen und Magnetextraktion.

Von Dr. Emil Mock.
(Münchener medizinische Wochenschrift 1900. S. 932-33.)

Einem Heizer sprang ein etwa pfennigstückgrosses Stück Stahl gegen das rechte Auge, erst am vierten Tage suchte er den Arzt auf. Es fand sich eine Wunde im oberen Lide, die Augapfelbindehaut war stark blutunterlaufen, im Glaskörper waren Blutungen sichtbar. Die Bindehautblutungen resorbirten sich allmählig und es wurde innen auf der Sklera eine Narbe sichtbar. Da dem Verf. kein Sideroskop zur Verfügung stand, so durchleuchtete er das Auge in verschiedenen Richtungen mit Roentgenstrahlen und nahm auch Roentgenphotographien auf. Es zeigte sich auf den photographischen Platten der Schatten eines Fremdkörpers in der Gegend des Ciliarkörpers. Durch einen Einschnitt in die Sklera und Einführung eines kleinen Hirschbergschen Elektromagneten wurde ein 25 mgr. schweres Eisenstück aus dem Augapfel entfernt. Die Beobachtung ist insofern interessant, als sie zeigt, dass durch Roentgenstrahlen die Anwesenheit eines metallischen Fremdkörpers im Augapfel nachgewiesen werden kann.

Groenouw.

Hygiene.

Die Wohnungsverhältnisse der arbeitenden Klassen.

Von W. M. Berry, medical officer of health.
(The Brit. med. journal 18. August.)

Trotz der eifrigen Bestrebungen einiger Städte in England, die Wohnungsverhältnisse der arbeitenden Klasse zu verbessern, indem alte, ungesunde Häuser niedergerissen und neue unter hygienischen Bedingungen erbaute Wohnungen gebaut und gegen geringes Entgelt vermiethet werden, liegen im Grossen und Ganzen doch auch hier noch die Verhältnisse im Argen. So berichtet Berry z. B., dass in London 900000 Menschen in engsten Verhältnissen leben und dies also beinahe den fünften Theil der Bevölkerung der Hauptstadt ausmacht, 400000 Menschen der Grafschaft London sollen in Wohnungen leben, welche nur 1 Zimmer enthalten, 30000 sollen zu 6 Personen, 3000 sogar zu 8 Personen in einem Raum leben. Franz Meyer-Berlin.

Die weiträumige Bauweise im Stadterweiterungsgelände zu Stuttgart.

Von J. Stübben.
(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 32, S. 537 u. f.)

Der Personenwechsel in der Leitung der Stuttgarter Stadtverwaltung hat den Anlass zu zwei halbamtlichen Schriften gegeben, welche die beabsichtigte weiträumige Bebauung des dortigen Stadterweiterungsgeländes mit volkswirthschaftlichen, gesundheitlichen und schönheitlichen Gründen zu bekämpfen versuchen. Es sind dies die Schriften von Rettich, „die Stadterweiterung unter volkswirthschaftlichem Gesichtspunkt“ und die Schrift von Abele „Weiträumiger Städtebau und Wohnungsfrage.“ Stübben beleuchtet in der vorliegenden Arbeit die beiden genannten Schriften vom Standpunkt des erfahrenen Baufachverständigen, um sie als das zu kennzeichnen, was sie sind, Tendenzschriften, die mit den anerkannten Grundsätzen der Hygieniker, Techniker und Sozialpolitiker im schroffsten Widerspruch stehen und die schärfste Zurückweisung verdienen.

Roth, Potsdam.

Frauenasyle, eine hygienische Studie.

Von J. S. Löblowitz.
(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 32, S. 567.)

Verf. geht davon aus, dass das Bedürfniss nach ausserehelichem Geschlechtsverkehr zum allergrössten Theil bei Angehörigen der Prostitution, d. h. bei Dirnen, welche die Unzucht gewerbsmässig betreiben, gedeckt wird, und dass die derzeit geübte Kontrole der Prostituirten bei der Bekämpfung der Gonorrhoe Nichts oder sehr wenig leistet, bezüglich der Syphilis und des weichen Schankers die Resultate zwar etwas günstiger, aber bei Weitem noch nicht ausreichend sind. Nach der Statistik von Sperk in St. Petersburg machen alle Prostituirten Syphilis durch, und zwar entweder schon vor ihrem Eintritt in die Prostitution, oder doch bald nacher, und da fast die Hälfte der Prostituirten beständig sich im infektiösen Stadium dieser Krankheit befindet, kommt der Verf. zu dem Schluss, dass die Prostituirten als die Hauptquelle der syphilitischen Infektion anzusehen sind. Deshalb hat die Reglementirung neben einer scharfen Kontrole der Prostituirten dafür zu sorgen, dass die syphilitischen Prostituirten während des infektiösen Stadiums ihrer Krankheit, das der Verf. auf durchschnittlich 2 Jahre annimmt, von der Ausübung ihres Gewerbes zwangsweise zurückgehalten werden. Zu den Prostituirten rechnet der Verf. auch die nicht kontrolirten, aber die Prostitution gewerbsmässig betreibenden Dirnen (Strassendirnen, ehemalige Prostituirte, die sich der Kontrole entzogen haben, Anhängerinnen der Prostitution) und Frauenspersonen, die unter dem Deckmantel eines anständigen Berufs gewerbsmässig Unzucht treiben (gewisse Sorten von Kellnerinnen, Blumenmädchen, Ladeninhaberinnen u. a.) Zur Aufnahme der syphilitischen Prostituirten während des infektiösen Stadiums sollen die vom Verf. in Vorschlag gebrachten Frauenasyle dienen, wie solche auch von Finger auf dem internationalen Kongress in Brüssel empfohlen wurden. Bezüglich der Begründung des Vorschlags und der Art seiner Ausführung muss auf die Arbeit selber verwiesen werden. Nach Meinung des Ref. wird eine Besserung auf diesem Gebiet erst dann zu erwarten sein, wenn bei der Syphilis, wie bei jeder andern ansteckenden Krankheit verfahren wird, d. h. wenn im einzelnen Fall so lange eine Unschädlichmachung und Isolirung erfolgt, bis jede Gefahr der Weiterverbreitung ausgeschlossen ist. Roth, Potsdam.

Ueber vegetarische Ernährung und ihre Zulässigkeit in geschlossenen Anstalten und bei Menschen, welche sich in einem Zwangsverhältniss befinden.

Von A. Schoenstädt.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. 32, S. 597.)

Nachdem der Verf. im ersten Theil seiner Arbeit an der Hand der Thatsachen der Erfahrung und der Ernährungslehre den Nachweis geführt, dass die vegetarische Ernährung aus physiologischen und wirthschaftlichen Gründen zu verwerfen ist, beschäftigt sich der zweite Theil der Arbeit mit der speziellen Frage, ob die vegetarische Ernährung in geschlossenen Anstalten und bei Menschen zulässig ist, welche sich in einem Zwangsverhältniss befinden. Berücksichtigt sind hier Findel- und Krippenanstalten, Waisenhäuser, Armen- und Siechenhäuser, Gefängnisse und Strafanstalten, Kranken- und Irrenanstalten und endlich die Bemannung und die Passagiere der Schiffe. Die Frage erfährt nach allen in Betracht kommenden Richtungen eine gründliche und sachgemässe Darstellung, die in folgenden Schlusssätzen gipfelt:

1. Die von den Vegetariern aufgestellten Behauptungen, dass die vegetarische Ernährungsweise die dem Menschen zukommende, natürliche sei, sind unhaltbar;

2. mit der vegetarischen Ernährung sind schwere Gefahren verbunden: a, dadurch, dass die zugeführten Nahrungsstoffe, dem Bedürfniss des Organismus nicht genügen, b, dadurch, dass sie zu schweren Verdauungsstörungen führen.

3. Vom sanitätspolizeilichen Standpunkt ist die vegetarische Ernährung unzulässig in geschlossenen Anstalten und bei Leuten, die sich in einem Zwangsverhältniss befinden.

Roth, Potsdam.

Bemerkungen über den Gebrauch von Borax und Formaldehyd als Nahrungs-Conservirungsmittel.

Von W. D. Halliburton.

(British medical Journal 7. Juli.)

Halliburton tritt dafür ein, dass die Antiseptica zur Aufbewahrung und Erhaltung von Nahrungsmitteln nicht benutzt werden dürfen. Dafür sprechen mannichfache Gründe. 1. Ein Mittel, welches zahlreiche, wenn auch kleinste Organismen in ihrer Lebensfähigkeit schwächt oder gar tötet, kann auch für den Lebensvorgang höherer Lebewesen nicht ganz unschädlich sein. 2. Zahlreiche klinische Beobachtungen sprechen dafür, dass nach dem Gebrauch von Nahrungsmitteln, welche mit dem gebräuchlichsten Präservativ, wie Borax, vorbehandelt sind, dyspeptische und auch andere Störungen eintreten. 3. Wenn auch Borsäure und Borax z. B. keine kumulative Wirkung haben, so ist doch das beständige Hindurchgehen dieser Substanzen durch die Niere, diesem Organ schädlich. Und wenn auch eine grössere Zahl von Menschen ohne Schaden Nahrungsmittel vertragen, welche kleine Mengen der Antiseptika enthalten, giebt es doch Leute, welche dagegen besonders empfindlich sind. Unter solchen Umständen muss man sich fragen, ob nicht am Ende solche Nahrungsmittel schädlicher sind, welche mit Antisepticis versetzt sind, als diejenigen, welche Fäulniss-Bakterien oder pathogene Bakterien enthalten. Was die Milch betrifft, so ist das Kochen derselben der beste Schutz, wenn auch nicht zu leugnen ist, dass die chemische Beschaffenheit der Eiweisskörper der Milch durch das Kochen eine Aenderung erleidet und die Verdaulichkeit der Milch beeinträchtigt wird.

Besondere Beachtung verdienen die Versuche von Halliburton, mit deren Hilfe er die Wirkung von Borax und Formaldehyd (den zur Zeit gebräuchlichsten Präservativs) auf die Verdauung studirt hat. So hat er durch künstliche Verdauungsversuche die früheren Resultate bestätigen können und theilweise neue gewonnen. Auch er fand, dass die Borsäure ein sehr wenig wirksames Antiseptikum ist und z. B. auf Labferment, ebenso auf Mikroorganismen kaum irgendwelchen Einfluss ausübt. Bei dem Gemische von Borsäure und Borax ist der wirksamste Bestandtheil das Letztere. — Versuche mit Borax ergaben, dass Borax bei Zusatz kleinster Mengen die Wirksamkeit des Labferments auf Milch vollkommen aufhebt und Gerinnung nicht eintritt.

Die Resultate der Versuche mit Formaldehyd sind folgende:

1. 0,5 Prozent Formaldehyd hat die Verdauung von Eiweiss durch Magensaft so gut wie aufgehoben. 0,05 Prozent Formaldehyd hat sie sehr verzögert.

2. Die Eiweissverdauung durch Pancreassaft war nach Zusatz von Formaldehyd, wenn dieser 0,05 Prozent überschritt, völlig aufgehoben.

3. Die Stärkeverdauung durch Pancreassaft wurde nach Zusatz von Formaldehyd erheblich verlangsamt.

4. Schon bei geringstem Zusatz von Formaldehyd zur Milch, so wie es im Handel üblich ist, leidet die Gerinnungsfähigkeit der Milch beträchtlich, zuweilen wird die Wirkung des Labferments sogar gänzlich aufgehoben.

Diese Experimente beweisen hinlänglich, dass der Zusatz gewisser Präservativs die Wirksamkeit der Enzyme schädigt und die Verdauung schwer beeinträchtigt. Damit ist ein weiterer, triftiger Grund gegeben, den Gebrauch dieser Antiseptica bei Nahrungsmitteln durchaus zu unterlassen.

Franz Meyer-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen.

Section für Chirurgie.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Erster Tag, den 18. September 1900.

An erster Stelle berichtet **Rosenberger-Würzburg** im Anschlusse an mehrere von ihm behandelte Fälle über die Art und Bedeutung des chirurgischen Eingriffes während eines Typhlitis-Anfalles, im besonderen über die Indikationsstellung zur Operation.

Bardenheuer-Köln spricht „über die Behandlung der Phlegmonen“, besonders der Panaritien, ein von den Chirurgen bis jetzt stiefmütterlich behandeltes Kapitel, welches wegen der später resultirenden Gebrauchsfähigkeit der Hand eine hervorragende Beachtung verdiente. Auf keinem Gebiete wird therapeutisch so viel gesündigt wie hier. Bei bestehender Eiterung ist der Herd möglichst bald und breit freizulegen. Man soll sich, wenn es nothwendig ist, nicht scheuen, selbst das Lig. transversum, wie es Helferich angegeben hat, zu durchschneiden.

Der Schnitt darf niemals auf die Sehne geführt werden, da eine Bedeckung derselben dann für den Fall, dass sie nicht nekrotisch wird, unmöglich ist. Bardenheuer legt den Schnitt an die Seite des Fingers in der Mitte zwischen volarer und dorsaler Seite. Man präparirt von ihm aus einen volaren oder dorsalen Lappen, je nachdem Vola oder Dorsum erkrankt ist.

Ist die Sehnenscheide nicht befallen, so ist ihre Eröffnung zu vermeiden; besteht jedoch eine Eiteransammlung in derselben, was man meistens leicht an ihrem bucklichen Aufgetriebensein erkennt, so muss sie breit geöffnet werden. Hier-

bei sind jedoch die über den Gelenken liegenden Ligg. cruciata auf das Sorgfältigste zu schonen, damit die Sehnen besonders an der Beugeseite in ihrem Lager festgehalten werden. Die Scheide wird also am besten nur auf der Diaphyse der Phalangen eröffnet, während die kurze Strecke über den Epiphysen erhalten bleibt.

Auch an der Mittelhand ist ein grosser Lappen zu bilden, dessen Basis je nach Befallensein der 1. 2. 3. 4. oder 5. Sehnenscheide an der radialen oder ulnaren Seite stets aber mindestens 1 cm von der befallenen Sehne entfernt liegt. — Die gleiche Lappenbildung ist auch am Vorderarm anzuwenden, wenn die Eiterung das Handgelenk schon überschritten hat.

Ist die Eiterung zum Stillstand gekommen, was oft schon früh geschieht, so wird der Lappen auf die Sehne gelegt, damit, falls sie noch erhalten ist, ein Absterben derselben in Folge des Unbedecktseins vermieden wird; es folgt Sekundärnaht.

Gymnastische Uebungen sind schon früh, womöglich schon nach 8 Tagen zu beginnen, weshalb die Spitzen der Finger nicht mit in den Verband eingewickelt werden sollen.

Ist Alles nach Wochen und Monaten vernarbt und die Funktion eine schlechte, so kann man immer den Versuch machen, die Sehnen, vorausgesetzt dass sie erhalten blieben, aus dem Narbengewebe auszuschälen. Die Resultate sind jedoch oft wenig befriedigend.

Redner fasst seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen:

1. Bei tiefen Panaritien ist stets in Narkose zu operiren.
2. Es muss bei der Operation immer Esmarch'sche Blutleere angewandt werden.
3. Die Operation ist sofort auszuführen.
4. Ist die Sehnenscheide unbetheiligt, so ist ihre Eröffnung zu vermeiden; ist ihre Betheiligung sicher festgestellt, so muss sie unter sorgfältiger Schonung der Ligg. cruciata breit gespalten werden.

Diskussion: Rosenberger-Würzburg ist schon lange von den grossen Incisionen abgekommen, und hat an ihre Stelle mehrere kleinere gesetzt.

Müller-Aachen erwähnt die hervorragende Bedeutung der Blutleere; eine einfache Konstriktion mit dem Schlauch genügt nicht; das Glied muss ausgewickelt werden.

Bardenheuer hält gegenüber Rosenberger die breite Eröffnung der Eiterung für nothwendig, damit ein Uebergriff derselben auf die Nachbarsehnen möglichst sicher vermieden werde. —

Bardenheuer-Köln. Ueber Kapselverengerung bei Gelenkaffektionen.

Wenn wir auch von König gelernt haben, bei unseren Gelenkoperationen die Wunde und das Gelenk nur mit Instrumenten zu berühren, um so eine Infektion zu vermeiden, so erreichen wir aseptischen Wundverlauf doch noch leichter, wenn wir das Gelenk gar nicht eröffnen. (Um eine Infektion der Wunde bei Resektion eines tuberkulös vereiterten Gelenks zu vermeiden, operirt Bardenheuer möglichst extrakapsulär.)

Die verschiedenen Verfahren, welche zur Beseitigung der habituellen Luxation der Kniescheibe angegeben sind, sind meist nicht ohne Eröffnung des Gelenks ausführbar, so die keilförmige Excision aus der medialen Seite der Kapsel, die Umlagerung der Tuberositas tibiae an die Innenseite des Schienenbeins u. s. w.

Bardenheuer durchtrennt zur Beseitigung dieses Leidens von einem halbmondförmigen Schnitt an der Innenseite des Gelenks aus den fibrösen Theil der Kapsel, das Lig. patellae proprium an der Innenseite und das Lig. laterale internum. Die ganze Masse wird bis an den Innenrand der Kniescheibe nach vorn hin frei präparirt und unter Verkürzung an der Innenseite zurückgelagert; der M. vastus internus wird an den Innenrand der Patella angeheftet. Die Quadricepssehne wird innen verkürzt, aussen eingeschnitten.

Dieselbe Operation führt er bei Kapselerweiterung, die durch Genu valgum, durch einen chronischen Hydrops, Distorsion u. s. w. bedingt ist, aus.

Diskussion: Trendelenburg-Leipzig macht bei habitueller Luxation der Kniescheibe, welche durch Genu valgum bedingt ist, die supracondyläre Osteotomie. Spindelförmige Excision aus der Innenseite der Kapsel nützt Nichts. Umlagerung der Tuberositas tibiae um 2 cm nach innen hatte in 2 von ihm operirten Fällen anfangs guten, jedoch nicht anhaltenden Erfolg. In manchen Fällen ist für die Luxation eine geringere Wölbung des äusseren Condylus anzuschuldigen; eine solche Bildung kann erblich auftreten. Trendelenburg hat in einem solchen Falle den Condylus von einem äusseren Schnitt in frontaler Richtung eingemeisselt und durch Einlagerung eines keilförmigen Elfenbeinstiftes in den Spalt dauernd erhöht. Ueber das Resultat kann er noch kein Urtheil abgeben.

Bade-Hannover bemerkt, dass sowohl er, wie seine Schwester an habitueller Patella-Luxation leiden. Die Beschwerden sind gering; durch besondere Stellung des Beines kann eine Reluxation vermieden werden.

Bartz-Eschweiler, Dauererfolge der operativ behandelten Bauchfelltuberkulose, giebt im Anschluss an 3 von ihm durch Laparotomie geheilte Fälle eine Zusammenstellung der Literatur; nach seiner Meinung ist die Heilung auf die durch die Operation entstandene Stauungshyperämie zurückzuführen.

Bartz-Eschweiler, Operation einer Spina bifida, berichtet über einen nach der Schmidt'schen Methode glücklich operirten Fall von Spina bifida bei einem älteren Knaben. Die Methode deckt sich im Wesentlichen mit dem Bayer'schen Verfahren; der Sack wird nach Zusammenfalten dazu benutzt, die Oeffnung im Wirbelkanal zu verstopfen, ähnlich wie bei der Macewen'schen Bruchoperation.

Landow-Wiesbaden, zeigt Präparate eines von ihm operirten centralen Osteoms des Humerusschaftes vor und bespricht die verschiedenen Geschwulsttheorien.

Müller-Aachen, Demonstration zur Frage der Osteoplastik, hat bei Spina ventosa die ganze Diaphyse mit dem Periost unter Schonung der Epiphysenfugen entfernt und in den Defekt ein entsprechendes Ulnastück mit dem Periost implantirt. Die Wundhöhle wurde mit Jodoform gefüllt und primär genäht. Die transplantirten Knochen heilten glatt ein; das funktionelle Resultat ist ein geradezu ideales.

Derselbe stellt dann ein Mädchen vor, bei dem er den Knochendefekt bei einer grossen Meningocele der Stirn durch Knochentransplantation in 4 Sitzungen deckte.

Frank-Köln. Zur Kenntniss der Knochentransplantation, referirt über die Resultate der Behandlung der Tuberkulose der Mittelhandknochen nach Bardenheuer, welcher bekanntlich den erkrankten Metacarpus durch die eine Hälfte des benachbarten gesunden ersetzt. Sind mehrere Metakarpalien erkrankt, so wird der Ersatz aus dem Mittelfuss genommen. Der Knochen wird zwar langsam resorbirt, aber das erhaltene und entfaltete Periost hat in dieser Zeit reichlich neuen Knochen gebildet. Die Resultate sind gut. Radiogramme illustrieren die Vorgänge.

Schultze-Duisburg, Ueber Klemmnaht, hält, statt zu nähen, die Hautränder der Wunde mit Roser'schen Schiebern zusammen. Nach Einpinselung der Wundlinie mit Kollodium, werden die Schieber abgenommen, ohne dass die Wunde klafft.

Longard-Aachen, Fälle von Verletzung des Sprachcentrums, stellt 2 Kranke mit Störungen der Sprache vor

In dem ersten Falle war nach komplizirter Schädelfraktur mit Verletzung des Gehirns in der Gegend der linken 3. Stirnwindung Aphasie aufgetreten, welche nach Durchgang durch eine Monophasie völlig heilte. Trotzdem ein Esslöffel voll Gehirnmasse aus der motorischen Rindenregion ausgelaufen war, bestanden keine Bewegungsstörungen. — Im 2. Falle besteht jetzt noch eine in der Besserung begriffene motorische Aphasie.

Becker-Aachen demonstrirt einen kindskopfgrossen Tumor, welcher als myelogenes Sarkom der Clavikula diagnostizirt war, sich aber bei der Operation als Adenom einer versprengten Schilddrüse erwies.

Derselbe legt einen Magen vor, welcher sowohl an der Cardia, als am Pylorus ein Karcinom enthält. Beide hatten zum Verschluss geführt, so dass der Magen durch die secernirenden Drüsen enorm aufgetrieben war. Ein ähnlicher Fall ist ihm aus der Literatur nicht bekannt.

Viertel-Breslau, Ueber Blasenchirurgie, in specie über Operationen bei Prostatahypertrophie, berichtet in längerem Vortrage über seine Erlebnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiete, besonders über die Bottini'sche Operation, deren Anhänger er ist. Den Resturin bestimmt er in der Weise, dass er Jodoformglycerin in die Blase bringt, welches auf dem Urin schwimmt. Befindet sich dasselbe nach einigen Tagen noch in derselben, so ist Restharn vorhanden, da der Spiegel des Urins sich nicht so tief senkte, dass das Glycerin die Urethramündung erreichte (?).

Diskussion: Müller-Aachen betont, dass die Ansichten der deutschen Chirurgen über die Bottinische Operation noch recht getheilt seien; es seien zahlreiche Todesfälle beobachtet.

Longard-Aachen stellt 2 Patienten vor, bei welchen er erfolgreich eine sogenannte Thorakoplastik nach Schede ausführte; bei dem einen Kranken wurde die zehnte bis dritte Rippe vollständig entfernt.

Frank-Cöln demonstrirt einen Pes valgus rachiticus, der durch Verkürzung des M. tibialis posticus und der auf der Innenseite gelegenen Bänder des Fusses, sowie durch Verlängerung der Achillessehne mit gutem Erfolg korrigirt war. Er weist auf die bei Korrektion von paralytischen Fusskontrakturen gebräuchliche Operationsmethode und deren Uebertragung auf nicht paralytische Fussdifformitäten hin.

Quadflieg-Aachen, Ueber Intubation, berichtet unter Berücksichtigung der umfangreichen Literatur über seine Erfahrungen auf diesem Gebiete. Bei 24 von 43 im letzten Jahre Intubirten wurde nachträglich die Tracheotomie nothwendig. Er kommt zu dem Schluss, dass die Intubation in manchen, jedoch bei Weitem nicht allen Fällen im Stande sei, die Tracheotomie zu ersetzen. Intubation darf nur im Krankenhaus ausgeführt werden.

Niehues-Bonn hat die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Zimmtsäure an 66 Kranken der Bonner chirurgischen Klinik nachgeprüft. Er verbreitet sich zunächst über die Ansichten der verschiedenen Autoren über den Heilwerth der Entzündung bei Ausheilung der Tuberkulose, indem er den Einfluss derselben bei der Tuberkulinbehandlung, bei der Bier'schen Stauungshyperämie und beider Hyperämie Buchner's einer Besprechung unterzieht. Nachdem er sich dann über die durch die Zimmtsäure hervorgerufene Hyperleucocytose und ihren eventuellen Zusammenhang mit den Heilungsvorgängen geäussert, berichtet er über die gemachten Resultate. Irgendwelche schädlichen Einflüsse wurden nicht beobachtet. Der Prozentsatz der Heilungen war ein etwas grösserer, als bei den nicht mit Zimmtsäure behandelten Kranken. Erzielt wurden 63 Prozent Heilungen und Besserungen.

Diskussion: Vulpius-Heidelberg hat vor einigen Jahren gleichfalls Injektionen gemacht, dieselben aber wegen auftretender bedrohlicher Erscheinungen (Erbrechen, Somnolenz, Temperatursteigerungen bis 40 Grad) bald wieder aufgegeben.

Niehues-Bonn bemerkt hierzu, dass er bei rund 2000 Injektionen niemals Aehnliches sah.

Bade-Hannover erörtert an der Hand sehr schöner Skiagramme die durch Arthritis deformans am koxalen Femurende hervorgerufenen Strukturveränderungen.

Zweiter Tag, den 20. September.

Petersen-Heidelberg, Magenkrankheiten bei Cholelithiasis, bespricht eingehend dieses in der letzten Zeit besonders aktuelle Thema.

Niehues-Bonn stellt einen Mann vor, bei welchem wegen einer sich an einen Typhus anschliessenden Perichondritis laryngea die Tracheotomie gemacht werden musste, ohne dass es in $2^1/_2$ Jahren gelang, das Dekanulement vorzunehmen. Bei Eintritt in die Klinik bestand völliger Verschluss des Kehlkopfes in Höhe des Ringknorpels und ein die vordere Hälfte der drei ersten Trachealringe umfassender Trachealdefekt. Die Stenose, welche durch Collabirung des Ringknorpels entstanden war, wurde durch quere Resektion des Knorpels und Anheftung des ersten Trachealringes an den unteren Rand des Schildknorpels beseitigt, worauf in einer zweiten Sitzung der Trachealdefekt durch Transplantation eines Knorpelstückes aus der sechsten Rippe nach Mangold gedeckt wurde. Der Erfolg ist vorzüglich, die Stimme, welche durch Aneinanderlegen der falschen Stimmbänder gebildet wird, laut und deutlich.

Vulpius-Heidelberg, Behandlung des Klumpfusses bei Erwachsenen, berichtet unter Vorstellung mehrerer geheilter Kranken und unter Demonstration zahlreicher Präparate über 37 von ihm behandelte Fälle. Er wendet ausschliesslich das von Lorenz angegebene modellirende Redressement, wenn nöthig in verschiedenen Sitzungen, an und fixirt das gewonnene Resultat jedes Mal durch den Gipsverband. Eventuell lässt er der Behandlung eine Sehnentransplantation, Verpflanzung des Extensor hallucis an die Heber des äusseren Fussrandes folgen. Die Resultate waren stets recht erfreuliche; ein Recidiv ist nicht beobachtet worden. Die Kranken standen im Alter von 15 bis 28 Jahren.

Diskussion: Lorenz-Wien befürwortet seine Methode gegenüber der blutigen, besonders der Keilexcision warm. Den Vorzug sah er deutlich bei einem Kranken mit doppelseitigem Klumpfuss, bei dem der eine Fuss blutig, der andere unblutig operirt wurde. Er redressirt stets in einer Sitzung und schneidet zur Verhütung von Dekubitus den Gipsverband sofort nach Anlegung an der Vorderseite auf.

Lorenz-Wien, über das instrumentelle modellirende Redressement der Kniegelenkskontrakturen. Nur ein Verfahren, welches die Deformität an ihrem Sitze, also im Gelenk und zwar unter völliger Erhaltung der ganzen Beinlänge angreift und beseitigt, ist als ein gutes und zweckentsprechendes zu bezeichnen. Die blutigen Methoden genügen diesen Anforderungen nicht; so schafft die suprakondyläre Osteotomie statt einer zwei Knickungen, und die Resektion führt zu einer bedeutenden Verkürzung der Extremität. Den Anforderungen kommt am nächsten die bogenförmige Resektion Helferichs, doch besteht ungefähr bei der Hälfte der Operirten noch geringe Beweglichkeit im Gelenk.

Es ist deshalb Zeit, die blutige Behandlung durch die unblutige zu ersetzen und zu der ersteren nur in den äusserst seltenen Fällen zu greifen, in denen die zweite im Stich lässt. Lorenz führt das Redressement mit seinem Redresseur in der Weise aus, dass er den Patienten auf die kranke Seite legt und den Oberschenkel bis genau an den Gelenkspalt in den Apparat einschraubt. Um die hintere Fläche des Tibiakopfes

wird ein Tuch gelegt und an ihm der Zug durch Andrehen der Schraube ausgeführt. Nach Vornahme einiger Schraubenumdrehungen, welche sich auf $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde erstrecken, wird nachgesehen, ob irgend welche Wirkung erzielt ist. Liegt eine noch so geringe Beweglichkeit vor, so kann man seines Erfolges sicher sein. Das Gelenk wird stets in einer einzigen Sitzung bis zur Ueberstreckung korrigirt. Eine Tenotomie der Beugesehnen ist nur in den seltensten Fällen nothwendig.

Die Extremität wird dann in nicht ganz korrigirter Stellung eingegipst und die völlige Korrektur einer zweiten oder dritten Sitzung überlassen. Die einzige Gefahr, welche bei diesem Verfahren besteht, ist die durch die Dehnung zu Stande kommende Lähmung des Nerv. peroneus; doch wird dieselbe erst durch eine permanente Dehnung eine dauernde. Resultirt durch das Redressement eine Peroneuslähmung, worauf stets sofort zu achten ist, so wird das Bein nur in mässig korrigirender Stellung durch den Gipsverband fixirt; die Lähmung geht dann stets in kürzester Zeit zurück.

Nach dieser Methode hat Lorenz 300 Kranke mit gutem Erfolge behandelt; dieselbe hat nur in 3 bis 4 Fällen nicht zum Ziele geführt. Sie erspart dem Kranken ein langes Bettlager, erhält ihm die ganze Länge des Beines und pflegt in den meisten Fällen keine besonders grossen Schmerzen zu verursachen.

Diskussion: Müller-Aachen betont, dass nicht alle Kontrakturen in gleicher Weise behandelt werden dürfen; sind dieselben durch akute Eiterungen, Osteomyelitis und Tuberkulose hervorgerufen, so ist wegen der Gefahr eines Wiederauffl ackerns des Prozesses stets von dem Redressement abzusehen.

Brandis-Aachen-Godesberg. In ausserordentlich häufigen Fällen ist die Kontraktur durch den chronischen Rheumatismus hervorgerufen; da ist das unblutige Redressement sicher am Platze.

Lorenz redressirt nur Fälle mit abgelaufener Osteomyelitis und Tuberkulose; worauf Müller-Aachen bemerkt, dass es oft ausserordentlich schwer sei, festzustellen, ob die Krankheit wirklich erloschen.

Martin-Köln, zur chirurgischen Behandlung der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung. Redner bespricht die Aetiologie, Symptomatologie und pathologische Anatomie des jetzt in 40 Fällen beschriebenen Krankheitsbildes und referirt über einen von ihm beobachteten Kranken. Die Diagnose machte erhebliche Schwierigkeiten, doch gelang es ihm, eine Sonde in den Magen zu bringen, nachdem durch Narkose der Krampf der Kardiamuskulatur gelöst war. Die zur Heilung in der Absicht, den Oesophagus funktionell auszuschalten, vorgenommene Gastrostomie führte nicht zum Ziel, ebensowenig die retrograde Bougirung vom Magen aus; erst die Sondirung ohne Ende führte erhebliche Besserung des Leidens und Kräftigung des ausserordentlich heruntergekommenen Kranken herbei.

Aus der Anamnese verdient hervorgehoben zu werden, dass der Patient, ein leidenschaftlicher Cigarettenraucher, gewohnt war, den Tabakrauch herunterzuschlucken, wodurch eine heftige Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut hervorgerufen wurde.

Diskussion: Dinkler-Aachen berichtet über mehrere von ihm beobachtete und sezirte Fälle; die Entzündung der Schleimhaut kann nicht die alleinige Ursache sein. Es ist zur Auslösung des Krampfes auch eine ausserordentliche Reizbarkeit der in Betracht kommenden Nerven erforderlich.

Stern-Düsseldorf, Beitrag zur Behandlung subkutaner Nierentraumen, hat in der letzten Zeit 2 derartige Fälle beobachtet, von denen der eine durch Aufschlagen auf einen Balken, der andere durch Ueberfahren entstanden war. In beiden Fällen musste wegen gefahrdrohender Blutung operativ eingegriffen werden. Es gelang einmal die Blutung durch Tamponade der Niere bis ins Nierenbecken hinein zum Stehen zu bringen; bei dem zweiten Kranken musste die total zertrümmerte Niere exstirpirt werden. Nach völliger Heilung wurde ihm $66^2/_3$ Proz. Rente gewährt.

Diskussion: Bardenheuer-Köln. Die Fälle von Nierenruptur sind gar nicht so selten; Indikation für operatives Eingreifen bieten die Blutung und der paranephritische Abscess. Die dem Kranken gewährte Rente war viel zu hoch, besonders da die gesunde Niere die genügende Menge normalen Harnes lieferte; 10 Prozent würden angemessen sein.

Krabbel-Aachen würde in ähnlichen Fällen den Kranken für völlig erwerbsfähig halten; sollte der Mann später an der anderen Niere erkranken, so ist eine Rentenbewilligung event. am Platze.

Katzenstein-Berlin, eine neue Methode der Gefässunterbindung, hat eine Zange konstruirt, mit welcher man durch einen Händedruck das Gefäss mit einem Silberfaden umschnürt, ähnlich wie man die Bücher mit einem Draht heftet. Der Ligatur selbst grösserer Gefässe, wie der A. renalis des Kaninchens, hat stets gehalten. Der Silberdraht heilt reaktionslos ein. Der Vortheil des Instruments besteht in erheblicher Zeitersparniss.

Pabst-Aachen, demonstrirt ein Mastdarmsarkom, welches bei einem sechsjährigen Jungen durch Rektumamputation entfernt wurde.

Stern-Kassel, die Erfolge der orthopädischen Behandlung von Kieferdifformitäten, berichtet über Resultate, welche er bei vorstehenden Ober- oder Unterkiefern durch Anlegen einer einen ziemlich starken Druck ausübenden Bandage mit Kopfkappe erzielte.

Witzel-Dortmund bespricht unter Demonstration zahlreicher Präparate die Behandlung von Unterkieferbrüchen und den Ersatz bei partiellen queren Resektionen. Bei einem Mädchen musste wegen Osteomyelitis der ganze Unterkiefer exartikulirt werden. Mit einer vom Vortragenden konstruirten Prothese ist Patientin recht gut im Stande, zu sprechen und zu kauen.

Morian-Essen, über einen Fall von Druckstauung. Einem in sitzender Stellung befindlichen Bergmann wurde durch einen auf den Rücken auffallenden Förderkorb der Brustkorb stark zusammengepresst. Als er aus seiner Lage befreit wurde, bestand starke Blutung aus Nase und Mund, blaue Verfärbung des Gesichts, Halses und der Schulter, die Erscheinungen, sowie eine gleichfalls vorhandene Lähmung des linken Beines gingen allmählich zurück.

Bliesener-Köln, über Eiterungen am Kiefergelenk, hat an 3 Kranken, sowie experimentell den Weg festgestellt, auf dem eine eitrige Entzündung des Kiefergelenks zu Meningitis und umgekehrt eine Osteomyelitis des Keilbeins zu Mitbetheiligung des Kiefergelenks führt.

Niehues-Bonn.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Obergutachten, betreffend die traumatische Entstehung eines Nabelbruches.

(Amtl. Nach. a. d. R. V. A.)

Der 43 Jahre alte Ackerer Peter R. verunglückte am 1. September 1898 dadurch, dass er beim Aufsteigen auf einen Leiter-

wagen ausrutschte und mit dem Bauch gegen die Spitze der Wagenleiter fiel. Sofort darauf will er einen „schmerzhaften Knorpel“ gefühlt und gesehen haben, der vorher nicht da war. Denselben will er mit einem Riemen, Gürtel und zuletzt Bruchband zurückgehalten haben, ohne einen Arzt zu fragen. Am 21. September konsultirte er den Dr. A. zu W., welcher einen Nabelbruch im oberen Theile des Nabelringes und zwar einen Darmnetzbruch konstatirte, welcher nicht zurückzubringen war. Dr. A. hält den R. in Folge dieses Bruches, dessen Entstehung durch diesen Unfall er für möglich hält, für 75 Prozent erwerbsunfähig (Blatt 4 und 5 der Genossenschaftsakten). Nach Dr. Sch. (Blatt 10 derselben Akten) ist dieser Fall als Betriebsunfall nicht anzuerkennen.

Nabelbrüche entstehen bei fettleibigen Personen — R. ist ein korpulenter Mann — fast ausnahmslos allmählich. Es drängen sich kleine Fettklümpchen des Netzes durch den Druck in der Bauchhöhle in kleine Lücken des Nabelringes hinein, erweitern diese allmählich; nach nnd nach tritt immer mehr Netz, Darm und auch sonstiges Eingeweide in die sich mehr und mehr erweiternde Höhle hinein. Der Bruch kann lange Zeit klein bleiben, bevor er bemerkt wird. Häufig findet man ihn gleich angewachsen, d. h. er ist bei dem langen unbemerkten Bestehen allmählich festgewachsen. So verhielt es sich auch meines Erachtens bei R. Als er sich am 1. September den Leib quetschte, kam ihm der längst vorhandene Nabelbruch zur Kenntniss.

In den seltenen Fällen, wo Nabelbrüche plötzlich entstehen können, handelt es sich um erhebliche Quetschungen des Leibes (bei Ueberfahren- und Verschüttetwerden), bei denen das Bauchfell im Bereich des Nabelringes einreisst und ein Eingeweide gewaltsam in den Riss und durch den Nabelring hindurch gepresst wird. Hierbei entstehen so erhebliche Schmerzen, dass der Verletzte zusammenbricht und unmöglich weiterarbeiten kann.

Auch eine andere Möglichkeit ist noch zu erwägen. Es kann eine Bruchpforte im Nabelring bestehen, durch welche bei einer starken plötzlichen Pressung (Husten, Niesen, Stuhldrang, auch äusserer Druck) ein Eingeweide hindurchgetrieben wird. Dies würde eine gewaltsame Füllung des Bruches sein. Hierbei bleibt dann aber der Bruchinhalt beweglich oder er ist eingeklemmt und macht in diesem Falle sehr heftige momentane Beschwerden, sodass der Betroffene unmöglich weiterarbeiten kann.

Die Umstände bei dem Unfall des R. am 1. September 1898 und das Verhalten desselben nach der Verletzung sprechen auf das Bestimmteste gegen ein plötzliches Entstehen des Nabelbruches. Ich nehme vielmehr an, dass der Bruch eine Folge natürlicher Veranlagung bei R. ist, dass er sich allmählich entwickelt hat und nur bei Gelegenheit des Unfalles entdeckt wurde. Ich halte es im Gegensatz zu Dr. A. (Schiedsgerichtsakten Blatt 7) für völlig ausgeschlossen, dass ein Mensch, welcher auf traumatischem Wege einen Bruch acquirirt, ruhig bei seiner Arbeit bleiben kann und erst nach drei Wochen einen Arzt konsultirt.

Berlin, den 28. Juli 1899.

Professor Dr. Rinne,
Chefarzt der chirurgischen Station am Elisabeth-Krankenhaus.

Die im Vorstehenden entwickelte Ansicht des Obergutachters hat dem Rekursgericht als Grundlage seiner Entscheidung gedient, durch die — im Gegensatz zu dem schiedsgerichtlichen Urtheil — der Entschädigungsanspruch des Klägers für nicht begründet erachtet worden ist.

Ein Bauchbruch.

R.-E. 4. Juli 1900.

Gegen das ungünstige Urtheil des Schiedsgerichts hat der Kläger B. rechtzeitig Rekurs eingelegt mit dem Antrage, ihm wegen des bestehenden Bauchbruchs eine Rente zu gewähren. Er hat zur Unterstützung seiner Behauptung, dass der Bauchbruch durch Unfall entstanden sei, ein eingehend begründetes ärztliches Gutachten des Dr. E. W. und des Dr. A. vorgelegt und gebeten, zur Widerlegung des dem entgegenstehenden, von den Vorinstanzen für ausschlaggebend erachteten Gutachtens der Aerzte Dr. H. und Dr. R. ein Obergutachten zu erfordern. Er hat ferner Sachverständigenbeweis dafür bezeichnet, dass das Einpollern von Stämmen — gelegentlich dessen bei ihm am 24. Juli der Bauchbruch entstanden sei — vielfach eine aussergewöhnliche körperliche Anstrengung erfordere. Er hat endlich unter Vorlegung einer Bescheinigung geltend gemacht, dass er schwere Arbeiten nicht mehr verrichten könne und nur als Koch einen Verdienst von 1,10 Mk. täglich erziele. Auf Anordnung des Reichs-Versicherungsamtes ist ein Gutachten von dem Königlichen Bezirksarzt Dr. G. erfordert worden, letzteres geht dahin, dass der Bauchbruch des Klägers „nicht plötzlich in Folge einer am 24. Juli eingetretenen Ueberanstrengung entstanden, sondern schon vorher in der Entwickelung begriffen gewesen sei. Es gründet sich auf die Thatsache, dass der Kläger die ärztliche Hülfe des Sachverständigen schon am 21., 22. und 23. Juli wegen Unterleibsbeschwerden angerufen hat. Sein Leiden ist von dem Arzt Anfangs als „Magenkatarrh“ diagnostisirt worden. Mit Beziehung auf dieses Gutachten hat der Kläger geltend gemacht, seine bisherige Angabe, der Unfall habe sich am 24. Juli ereignet, beruhe auf irrthümlicher Bezeichnung dieses Tages. Er hat sich dafür auf das Zeugniss des Flossmeisters G. berufen. Dieser hat eidlich bekundet, der Kläger sei am 20. Juli in seinem Auftrage am Hafen damit beschäftigt gewesen, für die Zwecke der Flösserei Fichtenlangstämme in das Wasser einzupollern. Am Tage darauf habe der Kläger, den er bisher nur als einen gesunden, kräftigen Mann und tüchtigen Arbeiter gekannt habe, ihm über Schmerzen in der Nabelgegend, die er am Tage vorher während des Einpollerns bekommen hätte, und über grosses Uebelsein geklagt; er, Zeuge, habe, nachdem auch schon unmittelbar vorher der Flossknecht zu ihm geäussert hätte, der Kläger habe einen Schaden bekommen, dem Kläger angerathen, den Arzt aufzusuchen; er habe auch den Kläger, welcher unbeholfen sei und mit der Sprache nicht gut fortkomme, noch am selben Tage zum Bezirksarzt Dr. G. begleitet und seitdem habe der Kläger bis zum Ende der Flossfahrt schwere Arbeit nicht mehr verrichten können. Weiterhin ist auf Anordnung des Rekursgerichts zum Zweck der Feststellung, ob der beim Kläger vorhandene Bauchbruch durch Unfall entstanden sei, ein Obergutachten des Professors Dr. W. und, nachdem dieses vorlag noch ein weiteres Obergutachten des Geheimen Medizinalraths, Professor Dr. K. eingeholt worden. Der Rekurs des B. wurde dann aus folgenden Gründen abgewiesen: Wenn man der eigenen Sachdarstellung des Klägers folgt, so ist der Schmerz im Unterleibe am 20. Juli aufgetreten, als er beim Einpollern der Stämme in das Wasser mit seinem Flosshaken einen starken Hieb nach den Stämmen hin that; es kann auch angenommen werden, dass er seitdem die Beschwerden im Unterleibe unter den Erscheinungen des Bauchbruchs gehabt hat und nur zu leichter Arbeit fähig war. Das

Ereigniss, welches als Voraussetzung eines Unfalls bezeichnet werden könnte, würde nach dieser Sachdarstellung nur in dem heftigeren Zustossen mit dem Haken, in der damit verbundenen grösseren Anstrengung zu finden sein. Nun weist aber Professor K. überzeugend darauf hin, dass man für eine bei dieser Gelegenheit etwa erfolgte Zerreissung der Bauchwand und das Hervortreten des Bruches nur die zum festen Stehen und zur kraftvollen Ausführung stemmender Bewegungen des Körpers nothwendige Spannung der Bauchmuskeln oder eine ungewöhnlich kräftige Ausathmungsbewegung verantwortlich machen könnte; wäre aber durch Gewalteinwirkungen dieser Art der Bruch entstanden, so würde alsbald eine bedeutende lokale Schmerzhaftigkeit, eine Schwellung oder Blutfärbung bemerkbar geworden sein. Professor Dr. W. hebt sogar hervor, dass in diesem Falle der Verletzte wahrscheinlich gar nicht mehr im Stande gewesen sein würde, nach Hause zu gehen, vielmehr unter den schwersten Krankheitserscheinungen wohl alsbald in ein Krankenhaus hätte gebracht werden müssen. Da Erscheinungen dieser Art beim Kläger aber nicht aufgetreten sind, so stimmen die letztgenannten Obergutachter darin überein, dass im vorliegenden Falle der Bauchbruch nicht plötzlich entstanden ist, dass der Kläger vielmehr an dem Tage, wo seine Beschwerden aufgetreten, bereits einen Spalt etc. in der weissen Bauchlinie gehabt hat. Die Obergutachter stimmen auch darin überein, dass es sich um eine wirkliche Einklemmung des bereits vorhandenen Bruches nicht gehandelt haben kann. Die Ausführungen des Sachverständigen Prof. K. müssen zur Folge haben, dass in dem vorliegenden Falle, wo ein bestimmtes, auf den Kläger einwirkendes Ereigniss, wie ein Ausgleiten oder Fällen, ein Stoss oder ein Schlag nach der eigenen Sachdarstellung des Klägers für das Auftreten der Bruchbeschwerden nicht verantwortlich zu machen ist, die Entstehung des Bauchbruchs oder sein nunmehriger Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers auf einen Betriebsunfall nicht zurückgeführt werden dürfen. Die Thatsache allein, dass die Beschwerden bei der Arbeit zuerst aufgetreten sind, begründet die Annahme noch nicht, dass die Beschwerden durch einen Unfall entstanden sind. Es muss auch in diesem Falle des Bauchbruchs — ebenso, wie es der Regel nach bei Leistenbrüchen geschieht — angenommen werden, dass die Bruchbeschwerden am 20. Juli beim Kläger nur bei Gelegenheit der Arbeit aufgetreten sind, dass die Beschwerden, wie Professor Dr. W. hervorhebt, nur der gewöhnlichen, stufenweisen Entwickelung des bestehenden Bruchleidens entsprachen und dass somit die Arbeit des Klägers nicht die Ursache für Entstehung der Beschwerden, sondern vielmehr nur die Gelegenheit war, wo die Beschwerden ihren Anfang nahmen und bemerkbar wurden. M.

Erhöhung der Erwerbsfähigkeit trotz unveränderten objektiven Befundes.

Rek.-Entscheidung vom 11. Juli 1900.

Der Hauer R. Sch. bezog für eine am 22. Juli 1896 auf Zeche Shamrock erlittene Verletzung, bestehend im Bruch des rechten Unterschenkels, Quetschung der Brust und der Kreuzgegend, zuletzt eine Rente von 40 pCt. Erwerbsverminderung. Diese Rente wurde vom 25. Juni 1899 ab auf eine solche von 25 pCt. herabgesetzt, weil nach ärztlichem Gutachten das rechte Bein tragfähiger geworden sei. Auf die Berufung hin verurtheilte das Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft zur Weiterzahlung der Rente von 40 pCt. Dem hiergegen vom Genossenschaftsvorstande erhobenen Rekurse wurde stattgegeben und der Sektionsbescheid wiederhergestellt. Gründe:

Nach gesetzlicher Vorschrift ist freilich die Herabminderung einer festgestellten Unfallrente durch den Eintritt einer wesentlichen Besserung bedingt. Der Auffassung des Schiedsgerichts aber, dass diese Besserung in allen Fällen objektiv, also an äusserlich erkennbaren Merkmalen an dem Körper des Verletzten nachweisbar sein oder sich aus seinen eigenen Angaben ergeben müsse, hat nicht beigetreten werden können. Eine Erhöhung der Gebrauchsfähigkeit verletzter Gliedmassen vollzieht sich erfahrungsmässig sehr häufig durch blossen Zeitablauf und durch Angewöhnung des Verletzten an den vorhandenen Zustand, ohne dass die Veränderung und ihre Ursachen nachgewiesen werden könnten.

Der kundige Arzt, der einen Verletzen Jahre hindurch behandelt und untersucht hat, erkennt an der Hand der vergleichenden Beobachtungen den Eintritt der erhöhten Gebrauchsfähigkeit der Glieder und damit der gesteigerten Erwerbsfähigkeit des Verletzten, ohne dass es ihm möglich wäre, sie im Einzelnen an bestimmten Merkmalen darzulegen und nachzuweisen.

Es erscheint ausgeschlossen, dass der auf dem Gebiete der Unfallverletzungen besonders erfahrene Dr. L. eine Besserung der Geh- und Tragfähigkeit des gebrochenen Beines des ihm seit Jahren genau bekannten Klägers behaupten und eine Herabsetzung der vorher von ihm selbst vorgeschlagenen Rente befürworten würde, wenn er nicht nach gewissenhafter Prüfung von der Zuverlässigkeit seines Urtheils überzeugt wäre.

Auch der Professor Sch. in B., der dem Schiedsgericht unter dem 28. Februar 1900 ein Obergutachten erstattet hat, erklärt die Herabsetzung der Rente des Klägers für „vollständig gerechtfertigt", wiewohl er eine wesentliche Veränderung in dem Zustande des Klägers objektiv nicht festzustellen vermag und dessen subjektiven Klagen, die er für übertrieben erachtet, einen Anhalt für seine Ansicht nicht entnehmen kann.

In diesen Erwägungen und bei der genauen Uebereinstimmung der genannten Aerzte in der Schätzung des Grades, in dem der Kläger noch in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist, hat das R.-V.-A. kein Bedenken getragen, sich der Beurtheilung der erfahrenen Sachverständigen anzuschliessen. Die wesentliche Besserung ist vorhanden. Der Kläger, dessen Muskulatur kräftig entwickelt ist und der seit dem 1. Februar 1900 wieder gegen einen täglichen Lohn von 3,50 Mark arbeitet, hat sicherlich keinen Grund zur Beschwerde, wenn er noch immer für um ein Viertel der normalen Erwerbsfähigkeit beschränkt erachtet und demgemäss entschädigt wird.

(Compass.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Ammann, E., Dr. med. in Winterthur. Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorgans. München 1900. 80 + VI Seiten. Preis 2 Mark.

Verf. wendet sich zunächst gegen das Bestreben, die verschiedenen Beschädigungen des Sehorgans hinsichtlich ihres Einflusses auf das Sehorgan durch mathematische Formeln feststellen zu wollen, übersieht dabei aber, dass alle Autoren, welche dies gethan haben, davor warnen, die von ihnen angegebenen Tabellen schematisch und kritiklos nach Art einer Logarithmentafel anzuwenden. Für ebenso falsch hält es Verf., die von den höchsten Gerichtshöfen festgesetzten Renten für bestimmte Beschädigungen ohne Weiteres als richtig anzunehmen. Aber auch hierbei beachtet er nicht, dass der ein-

zelne Gutachter sich an gewisse Normalsätze halten und eine etwaige Abweichung davon besonders motiviren muss. Allerdings soll der Arzt, worin wir dem Verf. vollständig beistimmen, jeden einzelnen Fall individuell, nicht schematisch, beurtheilen, gewisse Normalsätze wird er aber nicht entbehren können. Bei der Besprechung der allgemeinen Grundsätze für die Abschätzung von Beschädigungen des Sehorganes giebt Verf. neben den bereits veröffentlichten eine eigene Statistik über etwa 100 Einäugige. Von diesen hatten unmittelbar nach der Wiederaufnahme der Arbeit 58 Prozent überhaupt keine und nur 42 Prozent eine mässige Lohneinbusse erfahren. Längere Zeit nach dem Verlust eines Auges verdienten 42 Prozent aller untersuchten Einäugigen mehr Lohn als früher, 33 Prozent denselben und nur 25 Prozent einen verminderten Lohn. Die Einbusse betrug im letzteren Falle 4 bis 13 Prozent. Den Grundsätzen über Verminderung der Konkurrenzfähigkeit, welche Verf. entwickelt, müssen wir durchaus zustimmen. Er erblickt die Schädigung der Konkurrenzfähigkeit darin, dass der Verletzte in Folge einer äusserlich sichtbaren Beschädigung den Eindruck der Minderwerthigkeit macht und dadurch auf dem Arbeitsmarkte seine Arbeitskraft gar nicht oder nur zu reduzirtem Preise verkaufen kann. Hieraus wird eine zeitweise Arbeitslosigkeit resultiren. Auf Grund verschiedener Beobachtungen wird diese Arbeitslosigkeit auf höchstens einen Monat in jedem Jahre geschätzt und demgemäss die Einbusse an Konkurrenzfähigkeit mit 5 Prozent, höchstens 10 Prozent bewerthet. Für den Totalverlust eines Auges schlägt Verf. eine Rente von 15 bis 35 Prozent vor, je nach der Wichtigkeit des stereoskopischen Sehens für den fraglichen Beruf und der äusseren Entstellung. Lernt der Einäugige etwa nach 1 bis 2 Jahren auch mit einem Auge wieder körperlich sehen, so tritt eine Reduktion der Rente auf 20 bis 30 Prozent ein. Bei Berufsarten, für welche stereoskopisches Sehen nicht erforderlich ist, beträgt die Rente dauernd 15 bis 20 Prozent resp. falls der Augapfel operativ entfernt wurde, 20 bis 25 Prozent. Ist die Linse eines Auges bei intaktem zweiten in Folge einer Verletzung verloren gegangen, besitzt aber das Auge mit einem Staarglase noch gute Sehschärfe, so besteht die Verminderung der Arbeitsfähigkeit wesentlich in dem Verluste des stereoskopischen Sehens. Verf. hält eine Rente von 0 bis 25 Prozent in diesem Falle für angebracht. Wir halten es für zu hart und nicht dem Geiste der modernen sozialen Gesetzgebung entsprechend, wenn Verf. eine Rente überhaupt nicht gewähren will, falls das stereoskopische Sehen für den Beruf des Verletzten ohne wesentliche Bedeutung ist und eine Entstellung in Folge der einseitigen Linsenlosigkeit nicht vorliegt. Bei Verminderung der zentralen Sehschärfe beider Augen in gleichem Maasse macht Verf. den Vorschlag, eine Beschädigung der Erwerbsfähigkeit um mehr als 50 Prozent so lange nicht anzunehmen, als die Ausübung des fraglichen Berufes überhaupt noch möglich sei, wenn auch mit etwelcher Mühe, d. h. bei einer Sehschärfe von einem Fünftel oder mehr bei Berufsarten mit höheren und bei einer solchen von einem Zehntel oder mehr bei Berufsarten mit geringeren optisch-erwerblichen Ansprüchen. Verf. tadelt es, dass verschiedene Autoren bei Berufsarten mit höheren optisch-erwerblichen Ansprüchen bei einer Sehschärfe von einem Sechstel bis einem Zehntel die Erwerbsfähigkeit = Null setzen, und weist darauf hin, dass bei einer derartigen Sehschärfe allerdings die Ausübung der bisherigen Beschäftigung nicht mehr möglich sei, dass aber diese Personen noch andere Berufsarten ausüben können. Hierbei lässt Verf. ausser Betracht, dass für die Erwerbsfähigkeit ausser der Funktion der Augen noch eine Anzahl anderer Momente in Frage kommen. Wohl alle Autoren, welche eine untere Grenze der Sehschärfe für Berufsarten mit höheren optischen Ansprüchen festlegten, haben dabei stets nur an Personen gedacht, welche einen Beruf mit geringeren optischen Ansprüchen nicht ausüben können, sei es, dass man ihnen bei ihrer sozialen Stellung nicht zumuthen kann, sich z. B. als Strassenkehrer noch etwas zu verdienen, sei es, dass sie körperlich nicht im Stande sind, gröbere Arbeiten zu verrichten. Trifft das Sehorgan eine Beschädigung, wenn ein oder beide Augen schon vorher schwach waren, so legt Verf. der Rente das Verhältniss der relativen Erwerbsfähigkeit nach dem Unfall zu der vor dem Unfall zu Grunde. Während bei Lähmungen eines oder mehrerer Muskeln eines Auges die meisten Autoren annehmen, dass, wenigstens in der ersten Zeit nach Eintritt der Lähmung, das Auge in erwerblicher Beziehung nicht in Betracht komme und demgemäss die Rente für den vollen Verlust eines Auges zu gewähren sei, glaubt Verf. nur den Verlust des stereoskopischen Sehens mit 5 bis 10 Prozent und im Falle eine äussere Entstellung (Schielen) eintritt, auch noch die Verschlechterung der Konkurrenzfähigkeit entschädigen zu müssen, so dass im Ganzen eine Rente von 8 bis 15 Prozent resultirt. Wir haben hier eine Anzahl Punkte hervorgehoben, in denen wir die Ansichten des Verf. nicht theilen, beabsichtigen damit aber durchaus nicht, sein fleissiges zum Theil auf eigenen Beobachtungen beruhendes Werk irgendwie herabzusetzen. Vielleicht basiren die von den unsrigen abweichenden Meinungen des Verf. auf der von der deutschen etwas abweichenden Gesetzgebung der Schweiz, für welche das Werk in erster Linie geschrieben ist. Gr.

Hoffmann, August. Die paroxysmale Tachycardie. (Anfälle von Herzjagen.) Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1900. Preis Mk. 4,—.

Nach einer kurzen Einleitung und einigen eigenen Beobachtungen von paroxysmaler Tachycardie bespricht Verfasser das über diesen Symptomenkomplex vorliegende Material, indem er dasselbe nach ätiologischen Gesichtspunkten eintheilt. Als ätiologische Momente werden aufgeführt: Heredität, nervöse Erkrankungen, Aufregung und Schreck, organische Erkrankungen und Verletzungen des Centralnervensystems, Gifte, chronische und Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Abdominalorgane, Ueberanstrengung. Endlich werden mit Herzkrankheiten komplizirte Fälle und solche, bei denen eine bestimmte Aetiologie nicht nachweisbar ist, aufgeführt. Weiterhin werden die Symptomatologie, Pathologie, Diagnose, Prognose und Therapie besprochen. Ohne etwas wesentlich Neues zu bringen, hat doch Verfasser eine übersichtliche Zusammenstellung des vorliegenden Materials geliefert. R. Stern.

Wegele, Karl. Die diätetische Küche für Magen- und Darmkranke. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1900. Preis gebunden Mk. 1,60.

Verfasser hat sich in vorliegendem populären Schriftchen bemüht, weiteren Kreisen eine kurze Darstellung der Grundlagen und der Ausführung der diätetischen Therapie zu geben. Nach einer kurzen Einleitung, in welcher der Begriff der Verdaulichkeit und des Nährwerthes auseinandergesetzt werden, folgt ein Abriss der diätetischen Nahrungsmittellehre (Beurtheilung der einzelnen Nahrungsmittel nach ihrem Nährwerth und ihrer Verdaulichkeit) und weiter spezielle Diätvorschriften bei den hauptsächlichsten Magendarmerkrankungen. Den letzten Theil bildet eine Sammlung diätetischer Kochrezepte für Magen-Darmkranke, die von der Gattin des Verfassers zusammengestellt sind. Das kleine, ansprechend ausgestattete Büchlein wird sicher den vom Verfasser gewünschten Zweck erfüllen. R. Stern.

Gebührenwesen.

Bei einem gemeinschaftlichen, von mehreren Aerzten abgegebenen Gutachten steht, abgesehen von den Fällen, in denen es sich um ein Gutachten über den Gemüthszustand eines Menschen handelt, nicht jedem derselben die volle Gebühr des § 3 Abs. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 zu, sondern nur allen zusammen diese Gebühr bis zum Höchstbetrage von 24 Mark.

(Beschluss des Ober-Landesgerichts (IV. Zivilsenats) zu Köln vom 11. August 1900.)

Den drei Beschwerdeführern wurden in der vorbezeichneten, beim Landgerichte in Saarbrücken anhängig gewesenen Zivilprozesssache für ein gemeinschaftliches schriftliches Gutachten eine Sachverständigengebühr von zusammen 30 Mark zugebilligt. Aus Veranlassung einer späteren Erinnerung der Königlichen Ober-Rechnungskammer setzte das Landgericht in Saarbrücken die Sachverständigengebühr durch Beschluss vom 11. August 1900 auf 24 Mark fest und wurde jeder der Sachverständigen aufgefordert, zwei Mark zurückzuerstatten. Die von den Sachverständigen gegen die anderweite Festsetzung eingelegte Beschwerde erscheint nicht begründet. Aus der Bestimmung des § 3 No. 6 in Verbindung mit § 4 des Gesetzes vom 9. März 1872, betreffend die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher etc. Geschäfte zu gewährenden Vergütungen geht klar und unzweideutig hervor, dass im vorliegenden Falle den Sachverständigen zusammen eine höhere Vergütung als 24 Mark nicht zugebilligt werden konnte. Die Annahme, dass bei Erstattung eines Gutachtens durch mehrere Sachverständige einem Jeden derselben die volle Gebühr des § 3 No. 6 a. a. O. zustehe, ist nicht richtig. Nur für den hier nicht zutreffenden Fall, dass es sich um ein gemeinschaftliches Gutachten über den Gemüthszustand eines Menschen handelt, ist im § 4 Abs. 2 eine Ausnahmebestimmung gegeben und gerade aus dieser letzteren ergiebt sich der sichere Schluss, dass das Gesetz für die anderen Fälle eines gemeinschaftlich erstatteten Gutachtens nur die einmalige Zahlung der im § 3 No. 6 bestimmten Gebühr vorgesehen hat. Denn es würde jene Bestimmung nicht erforderlich gewesen sein, wenn den zweiten zu einem gemeinschaftlichen Gutachten über den Gemüthszustand eines Menschen aufgeforderten Medizinalbeamten die volle Gebühr des § 3 No. 6 schon auf Grund dieser letzteren Vorschrift zugestanden hätte. Der Versuch der Beschwerdeführer, den § 4 Abs. 2 so auszulegen, dass auch der zu einem gemeinschaftlichen Gutachten über den körperlichen Zustand eines Menschen zugezogene weitere Medizinalbeamte Anspruch auf die volle Gebühr des § 3 No. 6 habe, scheitert an dem klaren Wortlaute der Bestimmung, der keinen Zweifel darüber lässt, dass der hier in Frage stehende Fall eines gemeinschaftlichen Gutachtens über die Bewegungsfähigkeit einer Hand nicht darunter fallen kann. Es war daher die Beschwerde als unbegründet mit den aus § 97 C.-P.-O. sich ergebenden Kosten zurückzuweisen.

Tagesgeschichte.

Vorläufige Ausführungsbestimmungen zum Reichsseuchengesetz.

Unter dem 6. Oktober hat der Bundesrath zur Bekämpfung der Pest das Gesetz vom 30. Juni 1900 theilweise in Kraft treten lassen. Von den im Gesetz als zulässig bezeichneten Bestimmungen betreffs Absonderung kranker und krankheitsverdächtiger Personen, Untersagung von Messen und Märkten Ein- und Ausfuhrverbote, Vertilgung von Ratten, Desinfektion, Meldepflicht an das Reichsgesundheitsamt u. s. w. (cf. No. 8 dieser Zeitschrift) ist in ausgiebiger Weise Gebrauch gemacht. Von Einzelheiten sei erwähnt, dass Formaldehyd zur Oberflächendesinfektion zugelassen ist und statt der Karbolsäure Kresolwasser angewandt werden darf. Besonders gespannt durfte man auf die Vorschriften betr. wissenschaftlicher Arbeiten mit Pesterregern sein. Wir müssen es uns versagen, sie im Wortlaut folgen zu lassen, weil sie gar zu eingehend sind, geben aber einen kurzen Auszug:

> Für Jeden, der mit Pest-Erregern arbeiten will, ist die Erlaubniss der Landescentralbehörde nothwendig. Selbst das Kaiserliche Gesundheitsamt bedarf einer solchen Erlaubniss und zwar seitens des Reichamts des Innern. Peinlichst genaue Anordnungen betreffen die Ausstattung der Laboratorien, welche derart sein soll, dass eine Verschleppung von hier aus möglichst sicher ausgeschlossen werden kann. Die genannte Erlaubniss wird nichstaatlichen Anstalten nur dann ertheilt, wenn der Leiter seine Befähigung und Zuverlässigkeit nachweist. Der Leiter der Anstalt hat für den ordnungsmässigen Betrieb Sorge zu tragen. Er darf Hilfskräfte heranziehen, aber nur zuverlässige und einwandsfrei vorgebildete Personen. Womöglich sollen diese Personen alle aktiv gegen Pest unempfänglich gemacht sein. Diener, die auch mit besonderer Vorsicht ausgewählt und genau instruirt sein müssen, dürfen sich nur in Gegenwart der Anstaltsleiter im Laboratorium aufhalten. Die im Laboratorium zu tragenden Schutzkleider müssen vor der Ablieferung zur Wäsche an Ort und Stelle desinfizirt werden, verboten ist Rauchen, Oeffnen der Fenster und Thüren. Tote Versuchsthiere müssen an Ort und Stelle vernichtet oder sterilisirt werden. Die Kulturen sind verschlossen zu halten, Handel mit ihnen ist unzulässig. Versendung lebender Kulturen darf nur unter strengen Vorsichtsmassregeln stattfinden.

Sehr genaue Vorschriften sind betr. des Eisenbahnverkehrs erlassen, doch ist jede unnöthige Behinderung der Packet- und Briefbeförderung vermieden.

Der beamtete Arzt wird bei der etwa in Frage kommenden Anwendung dieser Vorschriften mannichfache Rechte und Pflichten haben. Er bestimmt die Beobachtungsdauer pestverdächtiger Personen bezw. deren Absonderung. Sein Urtheil ist entscheidend dafür, ob das Haus eines Pestkranken geräumt werden soll, ob Gegenstände des Güter- und Reiseverkehrs als ansteckungsbefördernd desinfizirt werden müssen ob Häuser, in denen an Pest verendete Ratten gefunden sind, desinfizirt werden sollen. Die Polizeibehörde darf die Oeffnung von Pestleichen nur anordnen, wenn sie der beamtete Arzt zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält. Die Abwehrmassregeln dürfen endlich nur nach seiner Anhörung aufgehoben werden. Auf die Art der Desinfektion hat der beamtete Arzt insofern Einfluss, als, wenn nach seinem Gutachten ihre Wirkung gesichert bleibt, von den Einzelvorschriften hierüber abgewichen werden darf. Bei Durchführung der Massregeln für den Eisenbahnverkehr sind sämmtliche Beamte der Eisenbahnverwaltung verpflichtet, den Anforderungen der beaufsichtigenden Aerzte nach Kräften und soweit es nach den dienstlichen Verhältnissen ausführbar ist, unbedingt Folge zu leisten.

Instruktionskurs für Amtsärzte.

In Oesterreich ist vor Kurzem eine Einrichtung ins Leben getreten, die die Aufmerksamkeit der reichsdeutschen beamteten Aerzte in hohem Masse verdient: Offizielle Fortbildungskurse für Amtsärzte, bei denen ein grosser Theil aller für die Betheiligten wichtigen Fächer berücksichtigt werden. 17 Amtsärzte sind zu dem ersten Kursus einberufen. Die Vertheilung des Uebungsstoffs findet, wie die W. Med. Pr. mittheilt, folgendermassen statt:

1. Ausgewählte Kapitel aus der Hygiene, Desinfektionslehre, praktische Uebungen im Hygienischen Institut (Prof. Max Gruber).
2. Bakteriologische Diagnostik der Infektionskrankheiten, Leichenobduktionen mit besonderer Berücksichtigung der gerichtsärztlichen Praxis (Prof. Weichselbaum).
3. Stand der neuen Sanitätsgesetzgebung und Sanitätsorganisation, Erfordernisse der sanitären Geschäftsführung (Ministerialrath Daimer).
4. Stand und Fortschritte der Impfstoffgewinnung, Impftechnik (Impfdirektor Dr. Gustav Paul).
5. Epidemiologie, Serotherapie, Demonstrationen und Uebungen (Prof. Richard Paltauf).
6. Einrichtung und Methoden der Lebensmitteluntersuchung.

Jedem Theilnehmer wird ein Thema aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege zur Bearbeitung überwiesen.

Die Vorträge über die wichtigsten Kapitel der Hygiene werden durch Exkursionen zur Besichtigung sanitärer Institute und hygienischer Einrichtungen in Industrie-Etablissements praktisch erläutert werden. Solche Kurse sollen fortan alljährlich stattfinden, und es ist nicht ausgeschlossen, dass späterhin auch die wissenschaftlichen Institute anderer Universitäten zur fortlaufenden Information der sanitären Amtsorgane über die Fortschritte der sanitären Wissenschaften herangezogen werden.

Fahrlässige Tötung durch Arsenwasserstoff.

Ein eigenartiger Rechtsfall hat, wie der Intern. Pharm. Z. A. mittheilt, dieser Tage seinen endgiltigen Abschluss gefunden. Der Chemiker S. G. ist Leiter einer Fabrik, in der augenscheinlich irgendwelche Mineralien verarbeitet werden, die arsenhaltig sein können. In dieser Fabrik sind nun mehrere Arbeiter an Arsenwasserstoff-Vergiftung erkrankt, einer ist daran gestorben. Das zuständige Landgericht sah eine Fahrlässigkeit darin, dass der Direktor nicht daran gedacht hatte, die Mineralien auf Arsen zu untersuchen, und verurtheilte ihn zu 6 Wochen Gefängniss. Das Reichsgericht verwarf die Revision.

Zur Förderung geschlechtlicher Enthaltsamkeit unter den Studenten.

Zu Beginn des Wintersemesters richten 20 Lehrer der Hygiene an deutschen Hochschulen einen Warnungsruf an die studirende Jugend. In eindringlichen Worten wird auf die erschreckende Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Studenten, auf die daraus für das ganze spätere Leben des Einzelnen, für die Gesundheit des Volkes sich ergebenden Gefahren hingewiesen. Möglichst vollkommene Enthaltsamkeit, die keineswegs die vielfach angenommenen schädlichen Einflüsse habe, sei dringend zu empfehlen.

Man wird sich über die Wirkung solcher Mahnungen keinen übertriebenen Hoffnungen hingeben dürfen, aber erfreulich ist dieser Aufruf schon, weil er wieder ein Anzeichen dafür ist, dass die Gleichgiltigkeit und die Prüderie, welche bisher ein wirksameres Einschreiten gegen die furchtbare Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten hintangehalten haben, mehr und mehr energischem Handeln den Platz räumen.

Die Haftpflicht für den Schrecken.

Unter dieser Ueberschrift theilt die „Neue Fr. Pr.“ folgenden Rechtsfall mit: Das Handelsgericht hatte sich heute mit einem sowohl in juristischer als in versicherungstechnischer Beziehung höchst interessanten Fall zu beschäftigen. Es handelt sich nämlich um die bisher noch nicht judizirte Streitfrage, ob eine Unfallversicherungs-Gesellschaft für einen durch Schrecken hervorgerufenen Unfall haftpflichtig ist. Der Kaufmann Eduard Seelenfried aus Tscheitsch fuhr am 14. November 1897 nach Vlarapass. Gegen 6 Uhr früh riss der Kondukteur die Thüre des Koupes auf und rief: „Alles heraus! Rette sich, wer kann!“ Thatsächlich drohte bei Bajkowitz ein Zusammenstoss, der aber noch glücklich hintangehalten werden konnte. Herr Seelenfried erschrak so heftig, dass noch am selben Tage ein Arzt eine Choceneurose konstatirte. Der früher gesunde vierzigjährige Mann ist heute arbeitsunfähig, und seine Untersuchung durch die Professoren Benedikt und v. Wagner ergab, dass der Fall einer Neurose durch Schrecken vorliegt. Der Kranke war bei der Bayrischen Hypothekenbank gegen Unfall versichert. Die Gesellschaft weigerte sich, für den durch Schrecken hervorgerufenen Unfall aufzukommen, da es sich, wie Dr. Sch. in Vertretung der Gesellschaft ausführte, um eine Erkrankung und keine Verletzung handle. Wenn die Versicherungsgesellschaften für Unfälle aus Schrecken haften sollten, würden sie ihre Anstalten sperren müssen. Der Vertreter des Klägers klagte daher auf Feststellung, dass die Versicherungsanstalt für den Unfall haftpflichtig sei. Der Senat des Handelsgerichtes schloss sich dem Standpunkte des Klage-Anwaltes an und gab der Klage Folge, weil nach Angabe der Sachverständigen die Krankheit durch den äusseren Vorfall hervorgerufen sei, und es nach Analogie des Haftpflichtgesetzes genüge, wenn die Verletzung keine äusserliche, sondern eine Nervenerkrankung sei.

(Unf.-Vers.-Pr.)

„Blätter für Volksgesundheitspflege.“

Soeben ist im Verlage von R. Oldenbourg die erste Nummer der „Blätter für Volksgesundheitspflege“, herausgegeben von den Herren: Wirkl. Geh. Oberregierungsrath, Präsident Dr. Bödiker, Dr. Graf Douglas, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. von Leyden, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Rubner, redigirt von Dr. K. Beerwald, Reg.-Rath Dr. Kautz und Dr. Spitta, erschienen. Diese Blätter sollen durch die Schrift eine Ergänzung der Bestrebungen des Deutschen Vereins für „Volks-Hygiene“ bringen, ein Zweck, welchem das vorliegende Heft vollkommen entspricht. Die Ausführungen des bekannten Hygienikers Dr. Biedert-Hagenau sowie Anregungen von Prof. Raydt-Leipzig, dem treuen Kampfgefährten des Herrn von Schenkendorff, verdienen die weiteste Beachtung, und die hygienischen Kleinigkeiten repräsentiren eine Rubrik, welche gewiss jeder Hausfrau von grossem Werthe sein wird. Dass das Blatt auch Kochrezepte für die einfache Küche bringt, sowie amtliche Bekanntmachungen, Erlasse und Warnungen aus dem Gebiete des Medizinalwesens, welche allgemeines Interesse haben, wird gewiss dazu dienen, ihm in weitesten Kreisen Beachtung zu sichern.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 35) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. | № 22. | Ausgegeben am 15. November.

Inhalt:

Eine merkwürdige Unfallverletzung des Halses und der linken Brusthöhle.

Von
Dr. **Paffrath**-Cleve.
Kreisphysikus.

Die Unfallverletzung, welche ich in Nachfolgendem schildern werde, hat sowohl an und für sich so viel Merkwürdiges, als auch ist dieselbe hinsichtlich ihrer Entstehung so einzig in ihrer Art, dass man annehmen könnte, der Ausspruch des Weisen Ben Akiba: „Es ist alles schon dagewesen“, ist in diesem Falle Lügen gestraft worden. Die zuverlässige Beobachtung des Herrn Dr. Ebben zu Goch, dessen Güte ich meine spätere Beobachtung und Untersuchung des Falles verdanke, schliesst jedoch jeden Zweifel an der Wirklichkeit des Unfalles, sowie der durch ihn geschaffenen Verletzung aus, welche durch den Umstand, dass trotz ihrer Schwere der Unfallverletzte ohne Unfallfolgen mit dem Leben davonkam, um so wunderbarer ist.

Der Maschinist X. zu Goch, geboren den 17. Juli 1866, ist in einer Dampfgerberei daselbst beschäftigt. Am 29. August c. fiel demselben beim Oelen der Dampfmaschine eine Oelkanne in eine vor dem grossen Schwungrade befindliche Vertiefung. Mit einer langarmigen Zange, welche der Unfallverletzte auf umstehenden Bildern in der Hand hält, versuchte er auf dem Boden gestreckt liegend und mit der linken Hand sich aufstützend, die Oelkanne aus der Vertiefung herauszuholen. Bei dieser Hantirung wurde die Zange anscheinend an ihrer Spitze durch die Nahtstelle des vorbeistreichenden Treibriemens des Schwungrades gefasst, das lockere Charnier der Zange gelöst, der eine Hebelarm der Zange, welcher wie die Bilder zeigen, oben eine hakenförmige Krümmung hat, fortgeschleudert und der andere Hebelarm, welcher am Ende der Handhabe eine kugelartige Verdickung trägt, mit dieser Kugel voran durch Hals und Brust des Arbeiters getrieben. Allein die Thatsache, dass der Hebelarm der Zange vorn die kugelförmige, etwa wallnussgrosse Verdickung und nicht eine scharfe Spitze hatte, rettete dem Verletzten das Leben.

Herr Dr. Ebben, welcher denselben kurz nach dem Unfalle sah, fand den Zangenarm drei Centimeter oberhalb des Sternalansatzes des Musculus sternocleido-mastoideus an der Innenseite desselben eingedrungen und das kugelförmige Ende desselben drei Centimeter unterhalb des linken Schulter-

blattwinkels zwischen der achten und neunten Rippe aus der Brusthöhle hervorragen. Trotz der schweren Verletzung befand sich der Verwundete in einem relativ guten Zustande. Der erste Gedanke des Arztes war, beim Ausziehen des Zangenarmes aus der Wunde und der Brusthöhle werde, wenn sie auch anscheinend zur Zeit noch nicht vorhanden, eine lebensgefährliche, wenn nicht tödtliche Blutung sich einstellen. Nichts von dem trat ein.

Nach Ausziehen des Zangenarmes aus der Wunde und der Brusthöhle, welches an Ort und Stelle des Unfalles stattfand und nur mit grosser Kraftanstrengung möglich war, trat nur eine geringfügige Blutung ein, kein Erguss in der linken Brusthöhle war nachzuweisen.

Beide Wunden wurden nach Reinigung und Desinfektion mit antiseptischem Okklusivverband bedeckt, worauf der Verletzte in das Hospital verbracht wurde. Sein Wohlbefinden wurde nicht gestört. Es trat kein Fieber ein. Die Wunden verheilten reaktionslos völlig in 13 Tagen.





Anfang Oktober hatte ich Gelegenheit, den Unfallverletzten zu untersuchen. Er ist ein mittelgrosser, mittelkräftiggebauter Mensch von gesundem Aussehen. Drei Centimeter oberhalb des Sternalansatzes des musculus sternocleidomastoideus an der Innenseite desselben verlaufend, befindet sich eine 6,5 Centimeter lange, verhältnissmässig schmale, rothe Narbe, drei Centimeter unterhalb des linken Schulterblattwinkels, etwas nach aussen von demselben zwischen der achten und neunten Rippe befindet sich eine 3,5 Centimeter lange, quer im Zwischenrippenraum verlaufende Narbe von ebenfalls rother Farbe. Beide Narben sind auf den beigefügten Bildern, welche bei der obengenannten Untersuchung aufgenommen wurden, leider jedoch etwas klein ausgefallen sind, leicht ersichtlich. Durch Perkussion und Auskultation nichts Abnormes an der linken Brusthälfte nachzuweisen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Zangenarm hinter der Luftröhre, den grossen Brustgefässen und der Lunge durch die linke Brusthöhle gedrungen war. Ob derselbe hinter der Speiseröhre oder zwischen Speiseröhre und Luftröhre durchgedrungen war, konnte bei der ersten Untersuchung nicht festgestellt werden, wahrscheinlich ist wohl das Erstere.

Meines Erachtens verursachten verschiedene Momente den glücklichen Ausgang des Unfalles:

1. Der Umstand, dass der vordringende Theil des Zangenarmes eine kugelförmige Verdickung hatte, wodurch es möglich wurde, dass eine Durchbohrung der Brusthöhle ohne grobe Verletzungen der Luftröhre, Speiseröhre und der grossen Brustgefässe stattfinden konnte.

2. Möglich auch, dass die grosse Wucht und Schnelligkeit, womit der Zangenarm durch die Kraft des Treibriemens respektive des Schwungrades getrieben wurde, eine grössere Zerreissung der Brust- und Halsorgane verhütete.

3. Ohne Frage war die linke Lunge des Unfallverletzten nicht verwachsen. Wäre dies der Fall gewesen oder war die Lunge krank und nicht lufthaltig und elastisch, so hätte keinenfalls eine Durchbohrung der linken Brusthöhle durch den Zangenarm ohne Zerreissung der Lungen stattfinden können. In diesem Falle jedoch hat sicherlich ein Zurückweichen der elastischen Lunge vor dem blitzschnell vordringenden Zangenarm und seinem kugelförmigen Ende stattgefunden.

Merkwürdig war auch die reaktionslose Heilung der grossen Wunde ohne irgend welche Folgeerscheinungen, obwohl dieselbe durch ein ungereinigtes und mit allerhand Schmutz bedecktes Handwerkszeug geschaffen war.

Der Unfallverletzte ist seit Monatsfrist in seinem früheren Berufe als Maschinist der Fabrik, worin der Unfall sich ereignete, ohne erhebliche körperliche Beschwerden thätig.

Zur ätiologischen Bedeutung des Trauma.

Von
Geh. San.-Rath Dr. L. Becker.

Herr Kollege Dirska hat in No. 41 des laufenden Jahrganges der deutschen Med. Wochenschrift unter dieser Ueberschrift einen Artikel veröffentlicht, welcher von prinzipieller Bedeutung für die Begutachtung Unfallverletzter ist, aber eben

wegen dieser prinzipiellen Bedeutung nicht ohne Widerspruch bleiben darf. „Die zunehmenden Ansprüche, die an Unfallversicherungen von Privaten nach Verletzungen auf Grund konsekutiver Leiden gestellt werden", veranlassen den Verf. dazu. Es wird in dem Artikel zunächst ein Fall kurz skizzirt, in welchem ein Mann durch eine Verletzung seiner Schulter und deren objektiv nicht erweisliche Folgen sich eine Entschädiguug erstritt, nach Ansicht des Verf. unrechtmässigerweise. Nach dieser Einleitung wird der Satz aufgestellt, dass „die Bedeutung, die den akuten Traumen, einmaligen Verletzungen verschiedensten Grades, bei Erkrankungen selbst leicht oder indirekt getroffener Organe eingeräumt wird, nicht den Beobachtungen entspricht, die vor der Geltung der Unfall- und Haftpflichtgesetze gemacht wurden." In diesem Sinne erwähnt dann D. einzeln die hauptsächlichsten in Betracht kommenden Krankheitszustände. Die traumatische Neurose sei leicht zu simuliren; „sie war unbekannt bis in England das Eisenbahnrückgrat (railway-spine) entdeckt wurde, sehr lange nach Einführung der Bahnen; erst die Haftpflicht zeitigte das Eisenbahnrückgrat". Der nach Wirbelbrüchen auftretende gibbus mit seinen schweren Folgeerscheinungen sei viel leichter durch eine „coincidirende Wirbeltuberkulose" zu erklären. — Das Mobilwerden von Infektionserregern in Folge einer Erschütterung des Körpers sei nicht bewiesen aber unwahrscheinlich. „Kinder, die an tuberkulösen Drüsen-Ohrerkrankungen u. s. w. leiden, stürzen ebenso häufig wie andere, und doch sehen wir danach eine Verbreitung der Tuberkulose, z. B. auf die Hirnhäute, nicht eintreten, während dies spontan häufig stattfindet." — Weiter sei auch dem akuten psychischen Trauma, sobald es nicht bald schwere Veränderungen setzt, in der Mehrzahl der Fälle ein dauernder Einfluss nicht beizumessen. — Nachdem D. in dieser Weise sich über einzelne der für die Aetiologie des Traumas in Betracht kommenden Krankheitszustände geäussert, kommt er zum Schluss, dass es drei Trugschlüsse seien, „welche nicht selten zur Annahme einer traumatischen Krankheitsursache verleiten."

„Erstlich nimmt man mangels schwerer Traumen an, es seien gerade die leichteren, die zu sekundären oder später auftretenden Folgen führten; man übersieht, dass leichtere Traumen fast in jeder Anamnese zu finden sind, zeitlich näher oder entfernter, und dass sie daher in der Mehrzahl der Fälle nothwendig coincidiren müssen, der Schluss auf eine Kausalverbindung also nicht statthaft ist."

„Zweitens wird leicht eine geistvolle pathogenetische Erklärung eines vermutheten ursächlichen Zusammenhanges als ein Beweis für dessen Realität hingenommen, während derartige Erklärungen nichts beweisen."

„Ein dritter Trugschluss entspringt dem Verkennen eines psychologischen Gesetzes, das bei sehr vielen Kranken zur Geltung kommt, nämlich der Neigung, sich selbst eine traumatische Ursache für ihr Leiden einzureden. Wo keinerlei sonstiges Interesse in Frage kommt, liegt das unbewusste Motiv in der Hoffnung, bei solcher Auffassung körperlich höher bewerthet zu werden, als bei Annahme innerer Ursachen. Also auch solche scheinbar ganz uninteressirte Angaben, die gern als Beweise herangezogen werden, beweisen nichts." —

Ich habe die Ansichten des genannten Autors deshalb ausführlicher wiedergegeben, weil man vereinzelten Andeutungen dieser absprechenden Ansichten über die ätiologische Bedeutung des Trauma ja öfters in der Literatur begegnet; aber noch niemals hat ein Autor in so zusammenhängender, systematischer Weise gegen die Bedeutung des Trauma als Krankheitsursache Stellung genommen, wie es hier geschieht. Es ist das ja eine vollständige Kriegserklärung gegen alle die schönen und werthvollen Errungenschaften, welche die medizinische Wissenschaft auf Anregung der staatlichen Unfall-Versicherungsgesetzgebung in den letzten 15 Jahren zu Tage gefördert hat, und welche in den Lehrbüchern über die Begutachtung Unfallverletzter und in den Werken über „Unfallheilkunde" und über die nach Unfällen beobachteten Krankheiten niedergelegt sind. Und da ich einigermassen bei bei diesem Streite betheiligt bin, so möge man mir gestatten, meine gegentheiligen Ansichten über die betreffende Frage zu äussern. — Auch uns, die wir im Gegensatz zu Herrn Dr. D. dem Trauma eine sehr wesentliche Bedeutung für die Entstehung konsekutiver Krankheitszustände beimessen, kann es nur daran liegen, den „Weg nüchterner Kritik" nicht zu verlassen bei der Beurtheilung dieser ja so tief in das soziale Leben einschneidenden Verhältnisse. Wir können daher Herrn D. nur dankbar dafür sein, dass er seinen Standpunkt nicht, wie so viele Kollegen, nur durch gelegentliche, zweifelnde Bemerkungen offenbart, sondern dass er gewissermassen als Führer dieser ganzen Richtung offen und frei alle seine Gründe, welche er für die von ihm vertretene Anschauung hat, zusammenhängend ins Treffen führt. So nur ist es uns, die wir auf einem andern Standpunkt stehen, ermöglicht die Gründe, welche gegen unsere Auffassung sprechen sollen, einer Betrachtung, einer Würdigung auf ihre Bedeutung zu unterziehen.

Da ist es nun zunächst eine gewisse misstrauische Stimmung, in welche man leicht versetzt wird durch die Erfahrung, dass Simulation und Uebertreibung vorkommt. Welchem Gutachter bliebe diese Erfahrung wohl unbekannt? Wir Menschen sind ja alle Stimmungen unterworfen, und es ist nur zu natürlich, dass die Beobachtung einzelner Fälle von Simulation jeden Gutachter für einige Zeit äusserst misstrauisch gegen alle Verletzten stimmen kann. Solche Stimmungen sind manchmal schwer zu überwinden, dürfen aber doch die Unbefangenheit des Urtheilers nicht trüben und nicht vorgefasste Meinungen aufkommen lassen; denn es ist doch unzweifelhaft, dass Simulationen und Uebertreibungen nur vereinzelt vorkommen, und dass sehr viele Fälle solcher Art nach genauerer, längerer Untersuchung und Beobachtung sich in ganz anderem Licht darstellen, und in ihrem weiteren Verlauf die Klagen des Verletzten wohl begründet erscheinen lassen. —

Gegenüber der Behauptung, dass „erst die Haftpflicht das Eisenbahnrückgrat zeitigte", in welchem Satz die ganze ablehnende Haltung gegen die Annahme einer Entstehung von Krankheiten des Nervensystems durch Traumen ihren Ausdruck findet, möchte ich denn doch die Ansicht unseres ersten Klinikers, Herrn Prof. v. Leyden ins Feld führen, die er in der Sitzung des Vereins für innere Medizin am 6. Februar 1899 bei Gelegenheit einer Diskussion über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Tabes äusserte. Derselbe sagte dort in einem Streite, bei welchem die gegentheiligen Ansichten hart aneinander geriethen, — dass das Trauma zu den allgemeinen Krankheitsursachen gehört, und dass ebenso wie atmosphärische und termische, auch traumatische Einflüsse auf die peripherischen Nerven den Anstoss zur Entwickelung oder Verschlimmerung von Erkrankungen des Nervensystems geben, von denen ja auch die Zahl der publizirten Fälle von traumatischer Tabes der gebräuchlichen Kritik in wissenschaftlichen Dingen genüge. — Und weiter in Bezug auf die Entstehung von Nervenkrankheiten durch Trauma möchte ich ebenfalls u. A. besonders auch die werthvollen, weil vorurtheilsfreien, vorsichtigen und kritischen Beobachtungen hinweisen, welche in dem vorzüglichen Werke von Sachs u. Freund, „Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen", enthalten sind. — Sollen alle diese Ansichten hervorragender Kliniker und alle die werth-

vollen Beobachtungen, welche uns das Material der Unfallversicherung in den letzten 15 Jahren geboten hat, hinfällig sein und abgethan werden können durch die Behauptung, dass eben „nur die Haftpflicht diese Krankheiten gezeitigt hat"? Natürlich achtet jetzt Jedermann mehr auf das Vorangehen einer traumatischen Schädlichkeit als früher, wo es für den Betreffenden ganz gleichgültig war, ob eine solche vorlag oder nicht. Aber das liegt in der Natur der Sache, und ist doch um Alles in der Welt kein Grund, traumatischen Schädlichkeiten jede Wirksamkeit abzusprechen. Dass die Art der Schädlichkeit wirklich eine erhebliche sein muss, wenn sie ätiologisch verwerthet werden soll, das versteht sich eigentlich von selbst. —

Sehen wir uns nun „die 3 Trugschlüsse", welche nach der Ansicht des Herrn Kollegen D. „nicht selten zur Annahme einer traumatischen Krankheitsursache verleiten" etwas näher an. — Da heisst es zunächst, der Schluss auf eine Kausalverbindung leichter Traumen mit sekundären oder später auftretenden Folgen wäre unstatthaft, weil sich leichtere Traumen in jeder Anamnese vorfänden, und daher in der Mehrzahl der Fälle coincidiren müssten. — Das ist ja nun der am allgemeinsten angewendete Einwurf gegen die Annahme des Kausalnexus zwischen einem Trauma und einer danach auftretenden Krankheit, die Behauptung der zufälligen Coincidenz beider Ereignisse ohne weiteren Zusammenhang. Man kann diese Behauptung auch gegenüber jedweder ursächlichen Veranlassung aussprechen! Sie ist eben wenig mehr als die einfache Negation. — Diese Behauptung ist aber doch zunächst einmal im einzelnen Falle ebenso unbewiesen, wie die Behauptung des Gegentheils, falls sich die gegentheilige Behauptung einfach auf die einmalige zeitliche Folge stützen würde. Soweit stände Behauptung gegen Behauptung. Wenn nun aber die Erfahrung lehrt, dass sich nicht nur einmal oder in vereinzelten Fällen ein bestimmter Krankheitszustand an eine vorangegangene Verletzung anschliesst, sondern dass sich diese Coincidenz, diese Aufeinanderfolge in zahlreichen Fällen wiederholt, so wird man nothwendigerweise aus der Wiederholung der Zeitfolge zur Annahme einer Gesetzmässigkeit in der Aufeinanderfolge, d. h. also zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges dieser so oft coincidirenden Umstände gedrängt. Es ist unmöglich, sich diesem Gedankengange zu verschliessen. — Die Beobachtungen über den Zusammenhang innerer Krankheiten mit vorhergegangenen Verletzungen sind nun in den letzten 15 Jahren in dieser Weise zahlreich von erfahrenen Klinikern gemacht worden, welche dabei mit jeder gebotenen Vorsicht und kritischen Auswahl zu Werke gingen. Ausser dem schon erwähnten Buche von Sachs u. Freund über die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen, ist es besonders das vorzügliche Werk von Prof. Stern in Breslau „Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten", welches uns eine kritische Sammlung der einschlägigen Beobachtungen liefert. — Danach scheint mir denn doch der erste der angegebenen „Trugschlüsse" in dem Sinne, wie ich ihn soeben genauer bezeichnet habe, keineswegs ein Trugschluss zu sein, sondern ein nach allen Gesetzen der Logik durchaus berechtigter Schluss aus der Analogie ähnlicher Fälle. —

Der zweite angebliche „Trugschluss", welcher zur Annahme einer traumatischen Krankheitsursache verleitet, soll dann also darin bestehen, dass eine geistvolle pathogenetische Erklärung eines vermutheten ursächlichen Zusammenhangs als ein Beweis für dessen Realität hingenommen wird, „während derartige Erklärungen nichts beweisen." — Da liegt, glaube ich, ein Irrthum vor. Eine Erklärung kann doch überhaupt niemals etwas beweisen, — das hat wohl noch Niemand behauptet. Aber der Autor meint wahrscheinlich die von mehreren Forschern aufgestellte Hypothese von dem Mobilwerden von Infektionserregern in Folge einer Erschütterung des Körpers, welche er, wie oben erwähnt, damit abfertigt, dass seiner Erfahrung nach tuberkulose Kinder ebenso häufig stürzten, wie andere, und dass danach eine Verbreitung der Tuberkulose auf die Hirnhaut nicht eintrete, „während dies spontan häufig eintritt". Es liegt in diesem Ausspruch die einfache Verneinung einer vermutheten und eigentlich nach Lage der Sache recht naheliegenden Ursache, ohne dass eine andere oder bessere Ursache angegeben wird. Dass man sich wiederholt zu beobachtende Thatsachen durch eine Hypothese zu erklären versucht, das liegt eben im Kausalitäts-Bedürfniss jedes Menschen. Man kann das doch aber nimmermehr einen Trugschluss nennen, wenn Jemand eine Annahme, welche er auf Grund wiederholter zeitlicher Aufeinanderfolge gewisser Umstände macht, hinterher durch eine pathogenetische Hypothese zu erklären versucht.

Endlich der dritte angebliche „Trugschluss, welcher nicht selten zur Annahme einer traumatischen Krankheitsursache verleitet;" er bestünde in der Wirkung der Neigung der Verletzten, sich selbst eine traumatische Ursache für ihr Leiden einzureden mit dem unbewussten Motiv in der Hoffnung, bei solcher Auffassung körperlich höher bewerthet zu werden als bei Annahme innerer Ursachen (Veranlagung). — Diese Neigung mag immerhin anerkannt werden, und ihre Wahrnehmung zeugt gewiss von feiner Beobachtung der menschlichen Psyche. Aber, möchte ich fragen, geschieht es wirklich oft, dass ein Gutachter allein auf die unkontrollirte Angabe eines Verletzten ein Trauma als Ursache eines Krankheitszustandes anerkennt? Wird nicht beispielsweise bei der Unfallversicherung der Thatbestand des Unfalls auf peinlichste Art durch Zeugen-Vernehmungen und polizeiliche und gerichtliche Protokoll-Aufnahmen festgestellt? — Ich glaube, dass dieser Vorwurf, dass ein Gutachter lediglich auf die unbestimmte Aussage eines Verletzten den Zusammenhang eines Leidens mit einem Trauma für sicher hält, nicht zutreffend ist, ebensowenig wie der Vorwurf der andern beiden „Trugschlüsse." —

Durch alle Ausführungen der Gegner der Aetiologie des Traumas, als deren Wortführer Herr Dr. D. in dem erwähnten Artikel auftritt, zieht sich immer wie ein rother Faden die Forderung eines strikten Beweises für die Ursächlichkeit des Traumas. Nun frage ich aber, wo in der Medizin basiren denn unsere Annahmen, unsere Theorien auf mathematischen Beweisen? Sind wir nicht fast stets in der medizinischen Wissenschaft auf die Schlussfolgerung aus der Mehrzahl der beobachteten Fälle, auf den Schluss aus der Analogie angewiesen, der doch immer nur zur grösseren oder geringeren Wahrscheinlichkeit führt? — Ich möchte aber weiter fragen, verfügt denn der gegentheilige Standpunkt, welcher die Ursächlichkeit des Trauma womöglich ganz leugnen möchte, über bessere Grundlagen seines Standpunktes oder sind es nicht vielmehr einfache Verneinungen, welche noch nicht einmal den Schatten eines Beweises für ihre Behauptungen beibringen können. Lässt sich denn die angebliche „Coincidenz" beweisen, und ist deren Behauptung nicht nur eine unbegründete Behauptung, welche man jedem sich der Wahrnehmung darbietenden ursächlichen Umstande gegenüber aussprechen kann?

Glücklicherweise verlangen aber auch die Versicherungsbehörden gar keine strikten Beweise für den ursächlichen Zusammenhang eines krankhaften Zustandes mit einer vorangegangenen Verletzung. Das Reichs-Versicherungsamt hat dies mehrmals ausgesprochen, besonders in einer Verfügung vom 9. 11. 1886, in welcher es heisst: „Eines zwingenden

Beweises für den ursächlichen Zusammenhang bedarf es nicht, es genügt eine hohe Wahrscheinlichkeit. Das Verlangen nach einem zwingenden Beweise würde gegen den Geist und Zweck des Unfallversicherungsgesetzes verstossen, welches der Erfüllung einer öffentlichen Fürsorgepflicht dient, und für dessen Anwendung deshalb nicht Grundsätze massgebend sein dürfen, welche gegenüber einer Privat-Versicherung vielleicht statthaft erscheinen möchten. Vielmehr genügt innerhalb der Unfall-Versicherung die auf Grund des Ergebnisses der Beweisaufnahme oder gerichtskundiger Umstände gewonnene Ueberzeugung des Gerichts zur Feststellung der streitigen Thatsachen."

Jeder Versicherung auf den Schadenfall liegt der humane Gedanke zu Grunde, dass dem Geschädigten für die durch den Schaden verursachte Einbusse an Erwerbsfähigkeit billige Entschädigung gewährt werde. Ist es da die Sache der Aerzte, vom Standpunkte eines wenig angebrachten Skepticismus diesem humanen Zweck der Versicherung entgegen zu wirken? Ich glaube nicht.

Referate.

Allgemeines.

Ueber Erblichkeit und deren Prozentsatz beim Krebs.

Von S.-R. Dr. Rob. Behla-Luckau.
(Zeitschr. für Med. B. 1900, No. 20.)

Dass die Erblichkeit unter den Ursachen der Krebskrankheit eine grosse Rolle spielt, hält B. für erwiesen. Nach Anführung einer Anzahl fremder Beobachtungen bringt er aus eigner Beobachtung 11 Fälle von erblichem Krebs bei. Seiner Schätzung nach trifft diese Ursache bei 8 Prozent aller Carcinome zu. Er führt ferner an, dass in Orten mit grosser Krebssterblichkeit gelegentlich die Inzucht besonders stark ausgeprägt ist, so dass es z. B. in einem solchen Dorfe unter 500 Einwohnern 17 Familien namens Dehnz giebt.

Nicht alle Formen scheinen gleich vererbbar zu sein: Haut- und Zungenkrebse selten, Magen-, Brust-, Leberkrebse oft. Beim Krebs der Thiere ist über Vererbung noch nichts sicheres ermittelt.

Wie kommt nun solch eine Vererbung zu Stande? Der Krebs ist bei Neugeborenen ungeheuer selten, Uebertragung von Erregern aus dem mütterlichen Körper in den kindlichen bei der gewöhnlich späten Entwickelung der Geschwulst doch höchst unwahrscheinlich. Eine bestimmte Diathese, wie sie Billroth und Andere annahmen, hält B. für sehr fraglich, eine ererbte Gewebseigenart, welche gegen bestimmte krankmachende Einflüsse widerstandsunfähig macht, für wahrscheinlicher.

Die Bedenken mancher Forscher, wie Lubarsch, hinsichtlich der Verwerthbarkeit der Statistik theilt B. nicht ganz. Z. B. sagt Lubarsch: Wenn unter 1000 Menschen einer an Krebs erkrankt, so ist die Wahrscheinlichkeit (nicht „Möglichkeit", wie wohl irrig bei B. steht), dass in einer Familie von 10 Personen 2 an Krebs erkranken, gleich 1 : 200. Wenn also unter 200 Familien eine ist, bei der 2 Personen Krebs haben, so ist dies ganz unbeweisend. Ausserdem aber müssten noch alle anderen äusseren Einflüsse, die ein Zusammentreffen von 2 Erkrankungen in derselben Familie verursachen könnten, ausgeschlossen werden, ehe Erblichkeit anzunehmen wäre.

Wörtlich sagt B.: „Ich halte diese Skepsis für zu weitgehend, nachdem eine solche Fülle von genauen Beobachtungen über Familienkrebs veröffentlicht sind." Immerhin empfiehlt er, bei der Statistik grade mit Bezug auf die Erblichkeit besonders kritisch zu verfahren.

Zur Verbreitung des Carcinoms.

Von Dr. F. Reiche, Physikus in Hamburg.
(M. M. W. 1900.)

Der Verf., über dessen Forschungen zur Verbreitung des Krebses wir bereits im Beginn dieses Jahres zu berichten Veranlassung nahmen, hat seine Aufmerksamkeit neuerdings einigen besonderen Punkten zugewandt, die auf diesem Gebiete von Wichtigkeit sind.

Die Frage, ob die Einführung einer zweckmässigen Wasserversorgung in Hamburg (1894), der ein Sinken der Sterblichkeit von 22,3—25,3 auf 17,1—18,9 pro mille folgte, auf die Sterblichkeit an Krebs von Einfluss gewesen ist, musste verneint werden.

Weiter wurde geprüft, ob Bevölkerungsdichtigkeit, Wohlhabenheit oder Armut der einzelnen Stadttheile die Häufigkeit der Krebsfälle irgendwie beinflusst. Bei der Tuberkulose ist dieser Einfluss ein gradezu gesetzmässiger — beim Krebs fehlt er augenscheinlich. In gleicher Weise fehlt eine ersichtliche Beziehung zur Höhenlage des Stadttheils, zu den Untergrundverhältnissen, zu der Lage in Bezug auf den Elbstrom.

Eine andere statistische Reihe hat besonderes Interesse gegenüber der Williams'schen Theorie, dass der im Laufe der Jahrzehnte erhöhte Fleischgenuss Schuld an der Zunahme des Krebses habe. Es wurde nämlich festgestellt, dass die den Magendarmcanal betreffenden Carcinome gegenüber denen andrer Organe keine verhältnissmässige Zunahme erfahren haben. Diese Thatsache vereinigt sich mit der vorhin genannten — der gleichbleibenden Krebsziffer bei verschiedenstem Wohlstand und daher verschiedensten Ernährungsbedingungen — zu einem starken Einwurf gegen Williams' Lehre.

Erste Hilfe bei Unglücksfällen.

Von John J. de Zouche-Marshall.
(The brit. med. Journal 8. Sept.)

Die Vorschläge, welche hier von Marshall im Namen der St. John Ambulance Association gemacht werden, verdienen im Interesse des allgemeinen Wohls entschieden Beachtung. Es wird der Vorschlag gemacht in allen Bezirken Englands die Polizei für die erste Hilfeleistung bei Unglückfällen etc. sachgemäss auszubilden. Die Gesellschaft ist gewillt, diese Ausbildung zu übernehmen. Aber nicht nur die Polizei, sondern auch öffentliche Beamte, wie die Feuerwehrleute, Eisenbahnbedienstete und die Wächter der Küste etc. sollen entsprechend unterrichtet werden und für ihre Leistung angemessenes Entgelt erhalten; ebenso sollen die Offiziere derjenigen Handelsschiffe, welche keinen Arzt mit sich nehmen, darüber gründlich instruirt werden. Weiter sollen die Schleusenmeister an den Flüssen und Kanälen, die Bootsleute auch an den Küsten über die Wiederbelebungsversuche bei Ertrunkenen im Speziellen belehrt werden. Die Gesellschaft von St. John Ambulance soll intelligente, gesunde Menschen anwerben, ausbilden und über das ganze Land vertheilen, so dass jedes Dorf seine Korporalschaft, jede Stadt ihre Kompagnie hätte. Vor allem auch sollen die Studenten der Medizin über erste Hilfeleistung gründlichst unterrichtet werden.

Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Erstickung in Folge von Verschlucken eines Schnullers.

Von Herm. Lorenz.
(Petersb. M. W. 1900. 29.)

Ein Kind von acht Monaten verschluckte seinen aus einem Gummihütchen, das durch einen Bierflaschenkork verschlossen

war, bestehenden Schnuller. Dieser keilte sich in der Speiseröhre, wahrscheinlich zwischen Ringknorpel und Wirbelsäule, ein und verlegte den Kehlkopfeingang so fest, dass es dem herbeigerufenen Arzt erst nach dreimaligem Anfassen mit der Pincette gelang, den Fremdkörper zu entfernen.

Da die besorgte Mutter erst eine Viertelstunde lang die unzweckmässigsten Versuche gemacht hatte, das röchelnde Kind von dem Schnuller zu befreien, ehe sie zum Arzte schickte, kam die Hilfe zu spät.

Chirurgie.

Zur Kokaïnisirung des Rückenmarks.

Von Dr. Fritz Dumont-Bern.
(Korresp.-Bl. f. Schw. Aerzte 1900. No. 19.)

Den Erfahrungen über Kokaïnwirkung auf das Rückenmark, welche Bier kürzlich mitgetheilt hat, reihen sich die von Dumont in durchaus gleichem Sinne an. Es ist zu bemerken, dass D. die Einspritzungen genau nach der Vorschrift Tuffiers gemacht hat, der kürzlich auf dem Kongress in Paris das Verfahren warm empfohlen hat.

Seinem ersten Kranken spritzte D. 0,015 Kokaïn ein. Zehn Minuten nachher trat bei völlig erhaltener Empfindlichkeit der Haut ein lebhaftes Zittern des Körpers ein, der Kranke wurde sehr unruhig. Eine für die Ausführung der Operation zureichende Unempfindlichkeit wurde überhaupt nicht erzielt, so dass zur Aethermaske gegriffen werden musste. Der Aetherverbrauch war ein sehr geringer. Nach der Operation litt der Kranke mehrere Tage an heftigen Kopfschmerzen und völliger Schlaflosigkeit.

Aehnlich erging es einer Frau mit Brustkrebs. Auch hier blieb die Schmerzlosigkeit aus, die Kranke musste schliesslich unter Aether operirt werden. Sie hatte nachher Kopfschmerz, sehr beschleunigten Puls, zeitweise sehr hohe Temperatur und Delirien, obgleich der Wundverlauf normal war.

Wenn man diesen Fällen den Vorwurf machen kann, dass die Reinheit der Beobachtung durch die Aetherwirkung verwischt sein mag, so trifft dies nicht zu bei dem dritten Fall, in welchem das Kokaïn den gewünschten Erfolg hatte. Hier handelte es sich um einen schwer lungen- und gelenkkranken Mann, welcher nach der Ausräumung von Knochenherden unter Kokaïn zwei Tage lang an Uebelkeit, Kopfschmerzen, vorübergehend auch an Delirien litt, übrigens kurze Zeit nachher unter hohem Fieber starb.

Diese Erfahrungen genügten dem Verfasser, um bis auf Weiteres von der Kokaïnisirung des Rückenmarks Abstand zu nehmen. Im Allgemeinen warnt er vor der übertriebenen Sucht, der Narkose um jeden Preis auszuweichen.

Zur chirurgischen Behandlung des nomatösen Brandes.

(Vortr. geh. in d. Sektion f. Kinderheilkunde der Naturforschersammlung zu Aachen.)
Aus der K. Univ.-Kinderklinik in München.
Von H. v. Ranke.
(Münchener medicinische Wochenschrift, 1900, No. 43.)

Im Gegensatze zu den bisherigen Erfahrungen über Noma und auch im Gegensatze zu seinen eignen früheren Heilresultaten bei dieser Krankheit ist es Verf. gelungen, 3 Fälle von Noma des Gesichts durch energische operative Behandlung am Leben zu erhalten.

Alle 3 Fälle traten im Anschluss an Masern auf. Im ersten Falle war die linke Wange ergriffen; an der Schleimhaut des Ober- und Unterkiefers waren grosse, schmierig belegte Geschwüre sichtbar, die Röthung und Schwellung der Haut erreichten bereits das untere Augenlid, die brandige Stelle nahm in Zwanzigpfennigstückgrösse die linke Nasenlippenfalte ein. Sie wurde am 13. Januar 1900 breit ausgeschnitten, die Wundränder mit dem Thermokanter abgebrannt. Die Nasenhöhle war dabei eröffnet worden, der Defekt hatte eine erhebliche Grösse erhalten, im Grunde der Wunde wurde ein nekrotisches Stück des Oberkiefers sichtbar, am Unterkiefer trat später ebenfalls eine, 3 Alveolarfortsätze umfassende Knochennekrose ein. Trotzdem schritt die Heilung, in deren Verlaufe die abgestorbenen Knochenstücke sich bequem mit Pincette und scharfem Löffel entfernen liessen, gut vorwärts und im Mai wurde das Kind zur ambulatorischen Behandlung entlassen. Der 2. Fall, in welchen der Brand von Zahnfleisch und Schleimhaut der linken Seite der Oberlippe ausging, kam zur Operation, noch ehe die Nekrose die äussere Wangenhaut zerstört hatte; nach breiter Spaltung konnte hauptsächlich mit dem scharfen Löffel alles Kranke von Wange und Kiefern entfernt werden, die Wundränder wurden mit Thermokanter verschorft. Daraufhin nahm die Schwellung der Umgebung bei täglichem Verbandwechsel und häufiger Berieselung der Wandfläche mit Kalihypermanganatlösung zusehends ab, eine Nekrose des Oberkiefers liess sich 19 Tage nach der Operation mit der Pincette entfernen. 4 Wochen nach dem Eingriff wiederholten sich nochmals Erscheinungen von Mundfäule, eine Alveolarnekrose am Unterkiefer trat ein. — Die von der Operation herrührende Narbe wurde ausgeschnitten, der Defekt durch eine kleine Plastik gedeckt. Im 3. Falle nahm die nomatöse Partie das Kinn ein und veranlasste eine Lösung der Unterkieferhälften durch Nekrose der mittleren Partie dieses Knochens, (r. bis zum Eckzahn, l. bis zum 1. Praemolaris.) Nach Ausschneidung der toten Gewebe und Thermokauterbehandlung der Ränder, sowie Entfernung der Knochennekrose trat auch hier Heilung ein, wobei die Kieferstücke durch Narbengewebe sich verbanden. Zur Bildung einer gebrauchsfähigen Unterlippe mussten die eingestülpten Lippenränder von ihrer narbigen Verbindung mit der Bindegewebsbrücke der Unterkieferhälften gelöst, die Narbe zwischen ihnen entfernt und sie selbst mit einander vernäht werden. Trotz der Schwere der Veränderungen ist hier ebenfalls nach der Heilung die Entstellung eine erträgliche, wie aus den Abbildungen, welche auch die ersten 2 Fälle illustriren, hervorgeht.

Seelhorst.

Ueber die Gasgangraen.

Von Dr. Muscatello unter Mitwirkung von O. Gangitano.
Aus der chirurgisch-prophedeutischen Klinik in Neapel.
(Münchener medizinische Wochenschrift. 1900. No. 38.)

Verfasser hat Beobachtungen an fünf (weiteren) Fällen von Gasgangraen angestellt, von denen sich vier an Verwundungen von Gliedmassen angeschlossen hatten, (eine Stichwunde am Oberarm, eine komplizirte Fraktur des Unterschenkels, ein Haematom an der Ferse mit Incision von Seiten eines Chirurgen, eine Operation eines Aneurysma an der Kniekehle) eine auf eine Nierenoperation mit Eröffnung des Bauchfells in Folge von Verwachsungen, gefolgt war. Die ergriffenen Extremitäten wurden amputirt, der Stumpf antiseptisch nachbehandelt, die Wunde in der Nierengegend energisch antiseptisch gereinigt; in allen Fällen trat Genesung ein. Gemeinsam hatten alle Fälle ausser Nekrose und Gasblasenbildung schwere allgemeine Vergiftungserscheinungen, Temp. bis 41,1 Grad, im Uebrigen konnten zwei Formen der Erkrankung unterschieden werden. Die eine Form siedelt sich auf Geweben an, welche irgendwie in ihrer Lebensenergie geschädigt sind. Sie beschränkt sich in ihrer Ausbreitung auf diese Gewebe und ihre Umgebung, und kann einige Tage lang verhältnissmässig eng begrenzt bleiben, durch metastatische Ansiedelung des gasbildenden Bak-

teriums kann sie sich ausbreiten und zu den inneren Organen gelangen. Diese Form wird durch den Bacillus aërogenes capsulatus allein, ohne Vergesellschaftung mit anderen, hervorgerufen, sie sollte „einfache“ Gasgangraen heissen.

Die andere Form zeichnet sich aus durch Vergesellschaftung mit heftigen Entzündungserscheinungen, welche entweder gleichzeitig oder einleitend auftreten, und zeigt von Anbeginn Neigung, weiter zu schreiten und immer neue Gewebe zu zerstören. Sie wird hervorgerufen durch eine Mischinfektion mit Brand und Eiterung hervorrufenden und gasbildenden Bakterien, Streptococcen, Staphylococcen, Bacterium coli, Bacillus aerogenes capsulatus und Proteus, und verdiente den Namen progressive Gasgangraen oder progressive emphysematöse Gangraen. Trotz der Schwere der Infektion ist die Prognose nicht mehr wie in vergangener Zeit eine absolut ungünstige. — Bacillus aerogenes capsulatus (von den Verfassern und von Cesaris-Demel zuerst isolirt) vermag allein wohl Gasbildung, Gasgangraen aber nur in geschädigten Geweben hervorzurufen. Bacterium coli commune kann, vergesellschaftet mit anderen Bakterienarten Gasgangraen hervorrufen, und zwar nicht nur bei Zuckerkranken. Seelhorst.

Weitere Beiträge zur Kenntniss und Erklärung des fettembolischen Todes nach orthopädischen Eingriffen und Verletzungen.

Von Erwin Payr-Graz.

(Monatssch. f. klin. Chir., Bd. 59 H. 4.)

Im Sommer 1899 berichtete P. in der Münchener medizin. Wochenschrift über einen Fall von tötlicher Fettembolie nach Streckung einer Kontraktur des Kniegelenkes in Narkose. Seitdem hat er in der Klinik Prof. Nicoladoni's einen zweiten, ganz ähnlichen Fall in Folge eines orthopädischen Eingriffes und zwei Fälle von Fettembolie nach anderweitigen chirurgischen Eingriffen gesehen.

Unmittelbar nach Payrs erster Publikation hat Eberth zwei ähnliche Fälle von Fettembolie beschrieben. Der erste Payrsche Fall betraf ein 15jähriges Mädchen, welches einen sehr schweren Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte und 3 Monate bettlägerig gewesen war. In beiden Fussgelenken hatten sich Contrakturen eingestellt.

Bei dem Versuche, in Narkose zu redressiren, fiel auf, dass die Knochen sich unter einem knarrenden Geräusch ungemein leicht modelliren liessen, als ob sie sehr weich wären.

Die Nacht nach der Operation verlief ruhig, Patientin schlief grösstentheils und nur eine auffallend erhöhte Herzthätigkeit machte sich bemerkbar.

Am Morgen des folgenden Tages sass das Mädchen mit starker Dyspnoe aufrecht im Bett, die Athemfrequenz betrug 50—60, der Puls 160. Trotz Tinct. Strophanti nahm die Athemnoth zu, die Patientin wurde cyanotisch und die Haut am ganzen Körper auffallend blass. Ueber beiden Lungen stellte sich klein- und mittelblasiges Rasseln ein, ohne Dämpfung. Im Verlaufe des Vormittags hustete sie blutig gefärbte Sputa aus. Es stellte sich dann starkes Trachealrasseln ein und gegen Mittag erfolgte der Tod, nachdem Patientin nur kurz vorher das Bewusstsein verloren hatte.

Der Sektionsbefund, soweit er für die vorliegende Frage von Interesse ist, war folgender: Die Thymus war erhalten, von beträchtlicher Grösse, 8 : 4 cm. Im rechten Herzen geronnenes Blut; besonders in der Pulmonalis, theils flüssiges Blut mit Fettaugen. Im linken Herzen flüssiges Blut mit reichlichen Fettaugen. Im linken Bronchus schaumig blutige Flüssigkeit mit Fettaugen. Die Tonsillen und Follikel des Zungengrundes waren mächtig vergrössert. Im Blute des Schnittes durch die Nieren befanden sich ebenfalls Fettaugen. Die Mesenterialdrüsen waren vergrössert. Die Follikel der Dünndarmschleimhaut stark geschwellt. Das Blut der Leber war fetttropfenhaltig. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Embolia adiposa; Degeneratio adiposa cordis et hepatis. Pericarditis adhaesiva. Insufficientia valvulae mitralis. Thymus persistens. Status leucaemicus.

Der Sektionsbefund ist insofern von Bedeutung, als er 1. die Vermutung über das Zusammentreffen von fettembolischem Tode und Status thymicus bedeutend stützt und 2. zeigt, wie heftig die Folgen eines noch so vorsichtig ausgeführten Redressements sein können. Der Fall lehrt ferner, dass auch kleinere Gelenke, wie das Sprunggelenk und das untere Ende der Tibia einen genügenden Knochenmarkgehalt haben, um tödtliche Fettembolie hervorzurufen.

So ergiebt sich aus diesen Beobachtungen aber auch, dass die Gefahr für das Zustandekommen von fettembolischen Vorfällen um so grösser wird, je länger die Krankheit gedauert hat, welche zu der correcturbedürftigen Deformität geführt hat.

In dem zweiten Falle von tötlich verlaufender Fettembolie aus der Grazer Klinik handelt es sich um einen 38jährigen, bis dahin völlig gesunden Mann, dem ein Schrotschuss am linken Unterschenkel eine ausgedehnte Weichtheilwunde mit Zerschmetterung des oberen Tibiaendes beigebracht hatte. Die Arteria tibialis postica war aber unverletzt geblieben. Deshalb wurde der Versuch gemacht, das Bein zu erhalten. Schon während der Narkose zur Extraktion der losen Knochensplitter etc. musste die Verabreichung des Chloroforms ausgesetzt werden, weil sich Zeichen eines drohenden Herztodes einstellten. In der Nacht war der Kranke unruhig und klagte zeitweise über heftige Atemnot, der Puls stieg auf 120—130. Das Sensorium war nicht mehr so frei, wie am Nachmittage und wurde in den Morgenstunden sehr erheblich getrübt. In den Vormittagsstunden wurde er dann cyanotisch, bekam einen fadenförmigen Puls und verfiel in tiefes Coma. Gegen Mittag trat der Tod ein.

Bei der Sektion fand sich, dass die Thymus nur im rechten Antheil involvirt war, während der linke Lappen gut erhalten war. Das Blut in der Lunge war flüssig und enthielt hier und dort ein Fetttröpfchen. Die Schleimhaut des Pharynx war verdickt, die Follikel waren stark vorspringend, die Tonsillen und die Follikel am Zungengrunde waren mächtig vergrössert. Das Blut auf der Nierenschnittfläche zeigte ebenfalls Fetttröpfchen.

In dem dritten Falle wurde bei einem 10jährigen Kinde eine Kniegelenksresektion gemacht. Am zweiten Tage nach der Operation fühlte es sich sehr matt, Hände und Füsse waren kalt, auf dem Gesicht stand kalter Schweiss. In der Nacht wurde es dann sehr unruhig. Gegen Morgen wurde es etwas somnolent. Die Benommenheit nahm dann rasch zu, bis um 1 Uhr der Tod eintrat.

Bei der Sektion fand sich die Thymusdrüse erhalten, und die Lungengefässe enthielten dunkles, flüssiges Blut, in welchem Fetttröpfchen schwammen. An der hinteren Rachenwand, sowie am Zungengrunde befand sich ziemlich reichliches adenoides Gewebe. Die Mesenterialdrüsen waren sämmtlich vergrössert und einige von ihnen im Innern verkäst. Die Milz war vergrössert. Die Peyerschen Plaques und die Solitärfollikel im Dünndarm waren vergrössert.

Die mikroskopische Untersuchung der Organe ergab eine ziemlich reichliche Fettembolie der Lungen, eine weniger ausgeprägte des Herzens, des Gehirns und der Nieren.

Auf Grund seiner klinischen Erfahrungen stellt Payr zwei ziemlich gut zu trennende Formen von Fettembolie auf, die er die cerebrale und die respiratorische nennt. Zu der ersten Gruppe gehören die Kranken, deren Besinnung frühzeitig

getrübt ist, die sich zu Anfang in Erregungszuständen befindet, um dann immer mehr und mehr benommen zu werden, bis sie schliesslich einem anhaltenden Coma anheimfallen. Bei dieser Form stellt sich erst im späteren Verlaufe der Erkrankung Dyspnoe und Cyanose ein, während der Puls allerdings von Anfang an beschleunigt und klein ist.

Bei der respiratorischen Form dagegen stehen die Erscheinungen von Seiten der Lungen im Vordergrunde, es kommt dabei häufiger zum Aushusten kleinerer oder grösserer Mengen von Blut, über den Lungen klein- oder mittelblasige Rasselgeräusche, während das Sensorium bis kurz vor dem Ableben frei bleibt.

Dieser klinische Unterschied findet seine Erklärung in der verschiedenen Durchgängigkeit der Lungenkapillargefässe, indem in den wenigen elastischen und direkt verengten Lungenkapillaren weit grössere Fettmengen haften bleiben, wie in einer normalen Lunge.

In Payrs 4 Fällen von tötlich verlaufener Fettembolie war ein ausgesprochener Status thymicus vorhanden. Derartige Individuen sterben erfahrungsgemäss oft eines plötzlichen Todes unter Bedingungen, die sonst nicht vom Tode gefolgte sind. Es ist daher nicht die hyperplastische oder abnorm lang erhaltene Thymusdrüse die Ursache des Todes, sondern nur ein Theilsymptom jener allgemeinen Ernährungsstörung, die durch die Vergrösserung des ganzen lymphatischen Apparates gekennzeichnet ist.

Verfasser stellt der Hyperplasie der Thymusdrüse und des gesammten lymphatischen Apparates die angeborene Enge der Aorta zur Seite und hält den gesammten Komplex für einen Ausdruck der kongenitalen Unterernährungen.

Eine wirksame Prophylaxe gegen Fettembolie wegen Status thymicus kennen wir nicht. Wir müssen deshalb den Status thymicus am Lebenden zu erkennen suchen. Ausser den Vergrösserungen der lymphatischen Apparate der oberen Luftwege hat Paltauf darauf hingewiesen, dass der Haemoglobingehalt derartiger Individuen wesentlich vermindert sei.

In einer ganz andern Richtung können wir aber die Zahl der Todesfälle bei modellirenden Operationen verringern, wenn wir vom brisement forcé Abstand nehmen und Methoden in Anwendung bringen, welche das gleiche Ziel langsam und gefahrlos zu erreichen ermöglichen.

Payr giebt nun für die Streckung des in Beugecontractur befindlichen Kniegeleukes folgenden einfachen Apparat an. Am Ober- und Unterschenkel wird je ein langer Hebel auf der Streckseite des Beines unweit vom Kniegelenk durch je einen kleinen Gipsverband fixirt. Um die möglichst weit abstehenden Enden beider Stäbe wird dann ein starker Gummizug geschlungen, welcher durch seine Spannung die Achse des Ober-und Unterschenkels in eine Linie zu stellen bemüht st. Auf diese Weise gelang es Payr, die schwere Contractur bei seinem Kranken in wenigen Wochen auszugleichen.

Stabel.

Ueber Skoliosis traumatica.

Vortrag auf der Aachener 72. Naturforscher-Vers.
Von Dr. Riedinger-Würzburg.
(Monatsschr. f. Unfallheilk., No. 10.)

Es ist Kümmell's Verdienst, zum ersten Male (1891) in überzeugender Weise zum Ausdruck gebracht zu haben, dass es Verletzungen der Wirbelsäule giebt, die anfänglich dem Verletzten, wie dem Arzt wenig zum Bewusstsein kommen und sich nach Wochen und Monaten erst durch Rückenschmerzen und eine allmählich in die Erscheinung tretende Missstaltung der Wirbelsäule (Gibbus, Kyphosis, Scoliosis) als eine ernst zu nehmende Krankheit äussern. Auf der Münchener Naturforscherversammlung 1899 kam dieses Thema erneut zur Diskussion. Hier wurde fast allseitig (Kümmell, Oberst, Trendelenburg) zum Ausdruck gebracht, dass allen jenen Fällen eine Compressionsfraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper zu Grunde liegen müsse.

Auch Riedinger vermuthet die Gründe der Deformität in den Vorgängen der Frakturheilung. Eine eigene Beobachtung giebt ihm Veranlassung, das Krankheitsbild der Skoliosis traumatica (seitliche Knickung) herauszuheben im Gegensatz zu der viel häufigeren Kyphose bezw. Kyphoscoliose. Der betreffende Fall ist in kurzen Umrissen folgender:

> Ein 45jähriger Mühlknecht fällt, während er 2 Centner auf der linken Schulter trägt, hin und zwar auf die Aussenseite des rechten Beins. Er fühlt Schmerzen im Kopf und Rücken. Er liegt 2 (!) Monate im Krankenhaus, wo er nur auf der rechten Seite liegen kann. Als er aufstand, ging er gerade. Nach weiteren 4 Wochen verliess er das Hospital, ohne irgend welche Buckelbildung an der Wirbelsäule. Nach $^3/_4$ Jahren bemerkte er eine zunehmende Verkrümmung des ganzen Körpers, er hatte beim Aufrichten stets Schmerzen im Rücken, später auch in der Magengegend, schliesslich bildete sich eine starke Linksscoliose aus, die schliesslich dauernd blieb, also eine in der Stellung fixirte Deformität, in welcher die Verletzung erfolgte.

Riedinger steht im Wesentlichen auf dem Standpunkt, den zuerst Wagner-Stolper (Deutsche Chir., Bd. 40, 1898) ausgesprochen haben und den auch Oberst neuerdings theilt: für die Erklärung der nachträglich auftretenden Formveränderung der Wirbelsäule bei der Kümmell'schen Krankheit braucht man nicht anzunehmen die pathologisch-anatomisch noch nicht ganz aufgeklärte Ostitis rareficans, auch nicht verzögerte Callusbildung oder gar eine durch blutige Infiltration der (als trophische Nerven fungirenden?) Rückenmarkswurzeln bedingte Erweichung der Wirbelkörper (Spondylomalacie-Henle). Die Formveränderung hat vielmehr ihren Grund in der Art der durch das Trauma gesetzten Zerstörung im Wirbelkörper.

Die Meinung, dass sich der unverletzte Wirbelbogen langsam durch die Belastung umbiegen müsse, wenn die Fraktur nur den Wirbelkörper, nicht den ganzen Querschnitt der Wirbelsäule betrifft, kann Referent nicht theilen. Die seitlichen Gelenke (Proc. articul.) bieten Spielraum genug zu der nothwendig werdenden Anpassung. Ref. hält es aber auch nicht für nothwendig und jedenfalls nicht für zweckmässig, ein besonderes Krankheitsbild der Skoliosis traumatica zu schaffen, so wenig wie das einer Kyphosis oder Lordosis traumatica. Die in diesen Bezeichnungen zum Ausdruck kommenden Veränderungen der Wirbelsäule sind als Ausdruck der geheilten Wirbelbrüche doch nur Symptome der Fraktur neben vielen anderen. Wir sehen nach Knochenbrüchen in der Kniegelenksgegend auch Valgus- und Varusstellung, aber niemand wird darum eine Spezies aufstellen, wie etwa Genu valgum (varum) traumaticum. — P. Stolper-Breslau.

Innere Medizin.

Ueber spastische Kontraktion der Cardia und ihre Folgezustände.

Von Dr. Danker-New-York.
(Mitt. a. d. Grenzgeb. Bd. VII H. 1.)

(Die Krankheit beschrieb als Erster v. Mikulicz auf Grund oesophagoskopischer Befunde im Jahre 1882, nannte sie Cardiospasmus und sah in ihr die Ursache der bekannten spindelförmigen Erweiterung der Speiseröhre).

Die Ursachen der am Magenmunde zu Stande kommenden Schluckhemmung können sein: 1. Verlängerte Zusammenziehung der Ringfasern (Spasmus). 2. Fortdauer der normalen Spannung des Magenmundes in Folge mangelhafter Kontraktion der Längsmuskeln. 3. Lähmung der ganzen Speiseröhrenmuskulatur, deren energische Zusammenziehung zur Eröffnung des Magenmundes führt.

Der Befund bei der in Rede stehenden Erkrankung ist eine spindelförmige oder trichterförmige Erweiterung der Speiseröhre von verschiedener Längs- und Weitenausdehnung, ohne wesentliche Veränderungen der Schleimhaut und Wand, bis auf Verstärkung der Muskulatur des erweiterten Theiles, die Cardia wird geschlossen, ihre Muskulatur vermehrt gefunden. Die Sonde passiert nach Ueberwindung des geringen Widerstandes hinter dem Giessbeckenknorpel eigenartig leicht bis zur Cardia. Diese bietet einen grösseren Widerstand als die normale, der aber durch einfaches Liegenlassen der Sonde und zeitweiliges sanftes Andrängen ohne Zurückgehen fast stets überwunden werden kann. Seine Entfernung von der Zahnreihe erweist sich oft als etwas wechselnd (in einem der acht Fälle des Verfassers von 43—50 cm), ein Befund, der nicht auf Biegung der Sonde in dem erweiterten Theil zu beruhen braucht, sondern seinen Grund in der verschiedenen Länge des krampfhaft zusammengezogenen Theiles der Cardiaringmuskelschicht hat, und zu einem einheitlichen umgewandelt werden kann, wenn die Cardia durch einen Reiz (vor der Sondirung getrunkenes kaltes Wasser) zum sicheren Verschluss gebracht wird. Die Länge der Speiseröhre ist häufig eine grössere als in der Norm.

Der Versuch Rumpels, nach Einführung der Löchersonde in den Magen durch eine dünne zweite Sonde Wasser in die Speiseröhre fliessen zu lassen, giebt das Resultat, dass das Wasser aus der Speiseröhre durch die Löcher der Sonde in den Magen fliesst, die durch die Cardia geführte Sonde wird dabei bei leichtem Zug von dieser festgehalten, und zwar oft in verschiedener Höhe, sodass auch beim Entfernen der Sonde der verengende Ring verschieden hoch bemerkt werden kann.

Die Patienten sind in leichten Fällen zeitweise ganz beschwerdelos. Ohne erkennbaren Grund tritt dann beim Essen plötzlich hinter dem Brustbein ein starkes Druckgefühl, zuweilen mit ziehenden Rückenschmerzen verbunden, ein, welches sich zu schmerzhaftem Krampfe steigert, und erst aufhört, wenn entweder der Krampf des Magenmundes sich löst und die in der Speiseröhre sitzenden, am Durchtritt in den Magen gehinderten Speisen den Magenmund passieren oder dieselben mit oder ohne den Willen der Patienten ausgewürgt werden. Es fehlt beim Einnehmen der Speisen in solchen Fällen das zweite Schluckgeräusch ganz, oder tritt sehr verlangsamt ein; an seiner Stelle kann man ein anderes Geräusch wahrnehmen, als flösse in einen Flüssigkeit enthaltenden Topf neue Flüssigkeit nach. Die erweiterte Speiseröhre vermag bis 500 ccm Flüssigkeit zu fassen und kann, mit Wismuthlösung gefüllt, sehr deutlich im Röntgenbilde zur Darstellung gebracht werden.

Die Patienten lernen, um die Speisen aus der Speiseröhre in den Magen zu befördern, allerlei Kunstgriffe, welche den Druck in der Speiseröhre soweit erhöhen, dass derselbe im Stande ist, den Spasmus der Cardia zu überwinden. Einige der Beobachteten tranken so lange Wasser nach den genossenen Speisen, bis sie deren Eintritt in den Magen merkten, andere schluckten Luft ein und pressten mit Hilfe dieser die Speisen hinunter, selbstverständlich auf Kosten der Erweiterung, deren an und für sich schon nachgiebige Wände durch Ueberdruck in ihrem Innern immer weiter auseinander wichen. Durch eine in den gefüllten Oesophagus eingeführte Sonde fliessen die in ihm enthaltenen Speisereste, unverdaut, mit zähem Schleim vermischt und bei längerem Aufenthalt fade und übel riechend, alsbald unter Pressbewegungen aus; in einzelnen Fällen ist auch ein Ausfliessen der Speisen bei horizontaler Lage im Wachen sowohl wie unter Eintritt eines heftigen Hustenanfalls im Schlafe von selbst zu Stande gekommen. Die entleerten Speisen sind stets die zuletzt genossenen, trotzdem wird durch den fortwährenden Reiz, welchen die Schleimhaut auszuhalten, hat Katarrh und Hypertrophie desselben herbeigeführt, als deren Folgezustände echte Geschwüre und wohl auch Carcinomentwickelung angesehen werden müssen.

Die Erkrankung an Cardiospasmus findet sich an nervösen, hysterischen Individuen, öfters beobachtet im Anschluss an seelische Erregungen. Die Behandlung suchte daher durch Aenderung der zur Nervosität führenden Verhältnisse einzuwirken, ferner durch Sedativa, durch Lokalanaethetica.

Für lokale Behandlung des Krampfes ist das tägliche Einlegen von dicken Sonden, oder von Dauersonden und zeitweise Ernährung nur durch die Sonde zu empfehlen, falls diese unmöglich ist, muss versucht werden, durch eine rectale Ernährung, die oft sehr heruntergekommenen Patienten in ihrem Kräftezustand zu heben. Auswaschungen des Sackes zwecks Beeinflussung des Stauungskatarrhes mit lauem Wasser und nachheriger, kalter Spülung unterstützen diese Behandlung. Ein sehr schonendes Vorgehen ist bei vorgeschrittenem Krankheitszustande anzurathen, da Perforationen, sogar beim Selbstsondiren, beobachtet wurden, die zu tötlicher Peritonitis führten.

Dehnung der spastischen Cardia vom Magen aus, Ernährung durch Gastrostomiewunde, ist empfohlen worden, jedoch wird das Liegen des Magenrohrs von den nervösen Patienten schlecht vertragen.

Rumpel schlug wegen der durch alle erwähnten Methoden meist nur zeitweis erreichten Besserung des Leidens nach Beobachtungen an der Leiche die Resektion der Cardia vor, die man durch Vorziehen derselben nach Freilegung des unteren Endes der Speiseröhre bei Resektion der beiden unteren linken Rippen sowohl über wie unter dem Zwerchfell erreichen könne. Seelhorst.

Zur Kenntniss der Darmverschliessungen und -verengerungen.

Aus der chirurg. Universitätsklinik der Kgl. Charité (Geheimrath Prof. Dr. König).
Von Stabsarzt Dr. Martens.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, B. 57, Heft 1 und 2, 1900.)

1. Kongenitale Atresie des Dünndarms. Bei einem 6 Tage alten, nicht ganz ausgetragenen Kinde war bisher Abgang von Mekonium nicht erfolgt; am 6. Tage trat beständiges Erbrechen fade riechender Massen auf. Da der unterste Theil des Rektums sich als durchgängig erwies, und Hernien nicht vorhanden waren, musste es sich um einen hochsitzenden Verschluss des Darmes handeln. Bei der vorgenommenen Eröffnung der Bauchhöhle, Schnitt in der Mittellinie, fand man den Dickdarm leer und kollabirt, den Dünndarm dagegen, dessen Schlingen ausgedehnte Verwachsungen zeigten, enorm aufgetrieben. Er endigte 15 cm vor der Bauhini'schen Klappe blind und sandte nur einen strangförmigen Fortsatz zum Dickdarm hinüber. Es wurde ein Anus praeternaturalis in der Wunde angelegt. Der Tod erfolgte in der Nacht an Schwäche. Der erwähnte Strang enthielt, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, sämmtliche Schichten der Darmwand.

2. Impermeabilität des Darms in Folge von peritonitischen Schrumpfungen.

Ein 19jähriges Mädchen, welches früher Peritonitis überstanden hatte, erkrankte allmählich mit Aufgetriebensein des

Leibes und Stuhlverhaltung. Es waren besonders, bei Kolikanfällen, starke peristaltische Bewegungen zu sehen, doch liess sich schliesslich durch kein Mittel Stuhlgang erzielen. Deshalb wurde die Laparotomie gemacht und ein 40 cm langes Stück vom untersten Theile des Ileum resecirt. Tod am folgenden Tage.

An dem resecirten Stück war das freie Ende des Mesenteriums in Folge der früheren Peritonitis geschrumpft, wodurch eine „Reffung" des Darms bewirkt wurde, welche zu zahlreichen Abknickungen führte. In das Darmlumen sprangen zahlreiche aus hypertrophirter Muscularis und Mucosa bestehende Falten vor, welche die durch die Abknickungen verursachte Unwegsamkeit des Darms noch vermehrten.

Nhs.

Ueber traumatische Darmverengerungen.

Aus der Chirurg. Klinik des Prof. Wölfler in Prag.
Von Dr. Hermann Schloffer, Assist. der Klinik.
(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. VII. Band, 1. Heft.)

Die Veranlassung zu den sehr ausgedehnten experimentellen Untersuchungen, welche der Verfasser an 80 Hunden und einigen Schweinen und Kaninchen vornahm, gab ein Fall von Darmstriktur nach stumpfer Verletzung, welchen der Verfasser im Frühjahr 1899 beobachtete und mit Erfolg operirte.

Der 38jährige Patient war neben seinem Wagen hergegangen, auf abschüssigem Wege hatte plötzlich dessen Bremse versagt, das Gefährt war ins Rollen gekommen und hatte dabei den Mann, gegen seinen Rücken drückend, einen Augenblick mit der Bauchgegend an den Kopf eines am Wege stehenden etwa 1 Meter hohen Holzpflockes gepresst. Der Mann war zu Boden gefallen, hatte sehr heftige Schmerzen im ganzen Leibe bekommen, gallige Massen erbrochen und diarrhoische, schmerzhafte Stuhlentleerungen, $^1/_4$ Stunde lang nach dem Unfall gehabt. Dann war quälender Durst eingetreten und der Kranke eingeschlafen. In den ersten Tagen nach der Verletzung waren die Leibschmerzen noch dauernd und sehr stark, der Stuhl, nicht so die Winde, war verhalten, Erbrechen nicht vorhanden, Durstgefühl andauernd sehr stark. Am Tage nach dem Unfall stellte sich in der Nabelgegend eine handtellergrosse sehr schmerzhafter Blutbeule ein, die nach 14 Tagen wieder verschwand. Im Verlauf der 3. Woche gingen die dauernden Leibschmerzen in anfallsweise auftretende über, welche mit dem Gefühl verbunden waren, als ob der flüssige Inhalt einer Flasche in eine andere gegossen werde, mehrfach am Tage auftraten und, in Dauer einer Viertelstunde, mit heftigem Stuhldrang einhergingen. Ihre Stärke war wechselnd, infolge mangelhafte Nahrungsaufnahme kam der Kranke sehr herunter. $4^1/_2$ Monat nach der Verletzung kam er in Behandlung des Verfassers. Bei der Untersuchung konnte man wiederholt in der linken Hälfte des Bauches knapp oberhalb des Nabels quer von links nach rechts verlaufend eine Verwölbung eintreten sehen und nachher mit gurrenden Geräuschen einhergehende, peristaltische Bewegungen einer erweiterten Darmschlinge, über welcher hochtympanitischer Schall sich fand, beobachten. Während dieser Darmbewegungen traten die ebengenannten Beschwerden ein und verschwanden mit Aufhören derselben. Dauernd aber fand sich, unabhängig von Peristaltik und Aufblähung des Magens und Dickdarms, links an den Nabel grenzend ein nussgrosser, höckriger, harter, schmerzhafter mit den Bauchdecken zusammenhängender Tumor. Die Diagnose wurde mit grosser Wahrscheinlichkeit auf traumatisch entstandene Darmstriktur gestellt und die Laparotomie wurde vorgenommen. Von einem 13 cm langen, links vom Nabel verlaufenden Schnitt aus wurde festgestellt, dass die Geschwulst dem Dünndarm angehört und in Thalergrösse mit der Bauchwand fest verwachsen ist. Mit einem kleinen Stück des graden Bauchmuskels lässt sie sich lösen. Sie stellt eine harte Narbenmasse dar, welche den an dieser Stelle deutlich verengerten Dünndarm allseitig umgiebt, der zuführende Schenkel ist auf 6 cm Durchmesser erweitert, der abführende eng zusammengezogen. Nach Lösung von mehreren Netzsträngen und einer mit dieser Darmpartie verwachsenen zweiten Dünndarmschlinge mit etwas verdickter Wand wird die Striktur in Länge von 7 cm mit Benutzung einer zu ihr gehörigen Lücke im Mesenterium resezirt, das zuführende Darmende blind geschlossen und in die Gekröslücke eingenäht, das abführende Darmende in den zuführenden Schenkel seitlich implantirt. Der Heilungsverlauf war ungestört, nach fast 1 Jahr stellt sich der Patient, der seit seiner Entlassung dem Krankenhause seine Arbeit wieder voll aufgenommen hatte, beschwerdelos vor.

Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung des gewonnenen Präparates ergab ausser der schon bei der Operation wahrgenommenen ampullenartigen Erweiterung des dicht über der verengerten Stelle sitzenden Darmstückes, eine beträchtliche Verdickung seiner Wand, während diejenige des abführenden Schenkels die normale Dicke hatte.

„An der Stelle der Verengerung ist der Darm zu einem harten Tumor umgewandelt, ohne dass an dieser Stelle der Umfang des Darmes erheblich vergrössert wäre." Sämmtliche Schichten der Darmwand sind am Orte der Striktur durch ein stark nach innen vorspringendes Narbengewebe, die Schleimhaut durch eine Zahl von verschieden grossen, aus zahlreichem Bindegewebe bestehenden, polypösen Wucherungen ersetzt.

Die Verletzungen des Darmes seiner Versuchsthiere wurden vom Verfasser nach Eröffnung der Bauchhöhle theils durch Quetschung des uneröffneten Darmes vorgenommen, theils wurden Verletzungen einzelner Schichten gesetzt, indem z. B. nach Spaltung der Serosa die Muskelschichten abgelöst wurden oder von einem Schnitt aus die Schleimhaut abgekratzt.

Das grösste Regenerationsvermögen zeigte die Schleimhaut. Wenn sie allein verletzt war, wurde die Lücke fast stets völlig wieder ausgeglichen, nur zeigte die neugebildete Schleimhaut öfters plumperen oder spärlicheren Aufbau. War jedoch ausser der Drüsenschicht auch das Stratum compactum oder sogar die Muskelschicht der Schleimhaut verletzt, so stiess der Wiederaufbau der Schleimhaut auf grössere Schwierigkeiten und es fand sich dann an ihrer Stelle ein zellreiches Bindegewebe, welches, in Wülsten gegen die Lichtung vorspringend dort entweder nackt vorlag, oder mit einer mehrfachen Lage von Epithelzellen überzogen war, jedoch keine Drüsen trug, nur in seltenen Fällen war bei Verletzung der die Schleimhaut tragenden Schichten eine Regeneration von Drüsengewebe zu verzeichnen. Eine isolirte Ablösung der Muskelschichten des Darmes war niemals von Neubildung von Muskulatur gefolgt, sondern stets ersetzte sich der Muskel durch Narbengewebe. Eine Verengerung des Darmes trat dadurch jedoch nicht ein, sondern im Gegentheil eine Erweiterung der verletzten Stelle; als nachträgliche Veränderungen wurden, wohl als Wirkung der Dehnung der Darmwand und des Fehlens der Darmbewegung Zerstörungsvorgänge in der Schleimhaut, ferner Ersatzzunahme der Muscularis beobachtet.

Quetschungen der gesammten Darmwand liessen als frische Veränderungen beim Hunde, Schweine und Menschen (bei letzterem vorgenommen an einem zur Resektion bestimmten Darmstück bei brandigem Bruche) ziemlich gleichmässig Verletzungen der Muskulatur und Schleimhaut entstehen. Die Submucosa leistete beim Hunde fast stets Widerstand, während sie bei Schwein und Mensch sich leicht mit den anderen Schichten zusammen verletzen liess. Die Heilung der Quetschungen ging oft so vollkommen von Statten, dass sich die Stelle der Ver-

letzung nach 2 bis 6 Monaten nicht mehr auffinden liess, dies war besonders bei kurzen Quetschungen der Fall, öfters jedoch auch bei solchen, die über mehrere Centimeter lange Darmstrecken ausgedehnt worden waren.

In keinem Falle von kurzer Quetschung trat eine ausgesprochene Verengerung ein.

Bei den langen Quetschungen traten die schon bei den isolirten Verletzungen von Muskel und Schleimhaut erwähnten Veränderungen zusammen in Erscheinung; es konnte sogar einmal ein ausgesprochen geschwüriger Defekt der Drüsenschicht mit kleinzelliger Infiltration der darunter liegenden Schichten bis an die Serosa beobachtet werden.

Doch beschränken sich die Veränderungen stets auf die direkt gequetschte Stelle und es kann die früher (**Mugnier**) ausgesprochene Vermuthung, dass ein Bluterguss Anlass zu fortschreitendem Gewebstode geben könne, als widerlegt gelten, die Blutergüsse werden ausnahmslos aufgesaugt und organisirt. „Es werden jene Darmquetschungen beim Hunde, welche nicht (durch Perforation) zum Tode des Versuchsthieres führten und bei welchen alle Schichten mit Ausnahme der Submucosa verletzt waren, fast stets von einer zur Funktion geeigneten Wiederherstellung des Darmes gefolgt und geben nicht zur Bildung ausgesprochener Narbenstrikturen Anlass.

Dagegen können Verengerungen zu Stande kommen:

1. In Folge Einstülpung der Darmwand im Sinne einer beginnenden Invagination bei Verlust der Festigkeit der Darmwand, wie er besonders durch Zerstörung der Muskulatur hervorgerufen wird.

2. Bei besonders eingreifender ringförmiger Schädigung der Darmwand, namentlich auch Betheiligung der Submucosa.

3. Nach Verletzung des Gekröses, wenn durch dieselbe eine den ganzen Umfang der Wandung betreffende Ernährungsstörung mit nachfolgendem Absterben zu Stande kommt (von Verfasser an Kaninchen studirt).

4. Bei vollkommenen oder theilweise erfolgten Durchreissungen des Darmrohres, wenn rechtzeitig Verklebungen eintreten.

5. Vielleicht nach einer durch Verletzung herbeigeführten echten Invagination nach Ausheilung derselben (**Poland**).

6. Bei Rissen in der Darmwand und Zerstörung von Theilen derselben, ferner bei Abknickungen der Darmwand (**Schlange**, **v. Eiselsberg**).

7. Bei traumatischen Verwachsungen von Darmschlingen miteinander oder mit dem Netz.

Diese Sätze leitet der Verfasser nicht nur aus seinen Beobachtungen ab, sondern aus der ganzen über dieses Gebiet ihm zugänglich gewordenen Litteratur, welche er am Anfang seiner Arbeit genau auszugsweise wiedergiebt. Er leitet zum Schlusse aus den gesammten Beobachtungen die klinische Pathologie der Darmstrikturen ab und kommt zu folgendem Ergebniss: Die beobachteten Fälle betrafen ausnahmslos Männer, meist im jugendlichen Alter, wohl in Folge der Gefahren der männlichen Berufsarten. Die Gewalt wirkte meist in der Nabelgegend und ihrer Umgebung ein und quetschte eine Darmschlinge gegen die Wirbelsäule. Die verletzten Darmschlingen gehörten dem Dünndarm an und waren oft in der Mitte des Bauches mit der Umgebung verwachsen. Die Strikturen, meist narbiger Art, sind mit Wahrscheinlichkeit auf unvollkommene Durchreissungen des Darmes zurückzuführen, ferner auf Einstülpung oder Mesenterialverletzung. Für die Symptome sind die bei der Krankengeschichte oben geschilderten sehr charakteristisch, nur ist der Uebergang der sofort der Verletzung folgenden in die nach Ausbildung der Striktur einsetzenden ein verschiedenartiger, besonders was die Länge der vor ihrem Beginne verlaufenen Zeit anlangt. Die Prognose ist ungünstig wenn nicht operirt wird, fünf Fälle mit tödtlichem Ausgang; alle operirten Fälle führten zur Heilung. Nur in einem Falle wurde zu- und abführender Schenkel durch Anastomose verbunden, ohne dass das verengte Stück resezirt wurde. Bei grösserer Ausdehnung der Verwachsungen wird das Normalverfahren die Enteroanastomose sein; dass die verengte Schlinge in fast allen Fällen resezirt wurde, hat wohl seine Gründe darin, dass Resektion und folgende zirkuläre Vereinigung bei langem Mesenterium kaum einen schweren Eingriff bedeutet, zweitens, dass Verwachsungen und Striktur, zurückgelassen, möglicherweise Kolikschmerzen und andere Störungen veranlassen, drittens, dass die schwieligen Tumoren oft Zweifel an der rein traumatischen Entstehung der vorliegenden Veränderungen dem Operateur verursachen können.

Die Arbeit umfasst mit Tabellen und Untersuchungsprotokollen 137 Seiten; 5 Tafeln und 12 Textabbildungen sehr klarer makroskopischer und mikroskopischer Befunde sind ihr beigegeben. Das Referat kann aus der Vielheit der Beobachtungen nur eine ganz annähernde Summe geben.

Seelhorst.

Ein Fall von Peliosis rheumatica auf traumatischer Grundlage.

Von **Louis Fischer**-New-York.
(Pediatrics 15. Mai 1900.)

Ein Junge von neun Jahren hatte sich vier oder fünf Wochen lang sehr dadurch angestrengt, dass er vier bis fünf Stunden täglich radelte. Oefters klagte er über Gelenkschmerzen, die nach dem Radeln ärger wurden.

Endlich wurde der Arzt gerufen. Er fand das Allgemeinbefinden etwas gestört, die Knie- und Knöchelgelenke geschwollen und sehr empfindlich, die Hüftgelenke etwas schmerzhaft. Es bestanden an den Beinen — wie eine beigegebene Photographie deutlich erkennen lässt — und zwar an den Innenflächen, fleckweise zahlreiche Unterhautblutungen.

Der Verlauf war günstig, die Blutflecken verschwanden in gewöhnlicher Weise.

Aus der Vorgeschichte hat sich durchaus kein anderer Entstehungsgrund für die typische Peliosis rheumatica ergeben als die Ueberanstrengung.

Neurologie und Psychiatrie.

Ueber die Lokalisation der taktilen Hautanästhesie Tabetischer.

Von Dr. **F. Grebner**.
(W. med. Pr. No. 42/43. 1900.)

Im wesentlichsten Punkte decken sich die Untersuchungen **Grebner's** mit den kürzlich hier wiedergegebenen von **Frenkel** und **Förster**. Von 52 Kranken auf der ersten, noch nicht ataktischen Stufe der Krankheit hatten 51 herabgesetzte Tastempfindung am Oberkörper, und zwar bei geringster Ausdehnung in der Brustwarzenlinie im Gebiete des dritten Dorsalnerven, in weiter vorgeschrittenen Fällen in grösserer Breitenausdehnung, dann zunächst nach unten, hernach auch nach oben fortschreitend, immer von Wurzel zu Wurzel, nie sprungweise. Verschont bleibt stets das Gebiet der oberen Halsnervenwurzeln.

Am Unterkörper sind Tastgefühlsstörungen seltener. Sie nehmen ihren Ausgang stets vom **ersten Kreuzbeinnerven** und schreiten von da nach oben und unten fort. Selbst bei schwerster Erkrankung bleibt zwischen oberer und unterer Zone ein Gebiet erhaltener Empfindung vom elften Rücken- bis zum ersten Lendennerven bestehen.

Die Empfindungsfähigkeit der Gelenke ist in demselben Umfang herabgesetzt, wie die Ataxie vorhanden ist. Freilich gelingt es, wenn auch die Gelenkempfindung gestört ist, nicht immer leicht, die Ataxie festzustellen, man muss sich manchmal besonderer Kunstgriffe bedienen, brüske oder besonders feine Bewegungen ausführen lassen.

Drei Fälle von Sittlichkeitsvergehen (Exhibitionismus).

Von Dr. Hugo Hoppe-Allenberg.
(Vierteljahresschr. f. ger. Med. 1900. Oktober.)

I. Angeklagter ist ein zwanzigjähriger Mensch, der uneheliche Sohn eines geschlechtlich ausschweifenden Trinkers. Er ist wegen Unehrlichkeiten schon kurz nach der Schulzeit bestraft. Später hat er zu wiederholten Malen vor Frauen und Mädchen auf der Strasse seinen Geschlechtstheil gezeigt. Mehrfache Bestrafungen haben eine Wiederholung des Vergehens nicht im Mindesten gehindert. Er hat auch mehrmals sowohl erwachsenen als kleinen Mädchen unzüchtige Anträge gemacht. In Gegenwart von Männern oder an belebten Strassen hat er nie exhibitionirt.

Er giebt an, früher stark onanirt zu haben, hiervon aber durch Retau's Buch (!) abgekommen zu sein. Später hat er den Geschlechtstrieb in normaler Weise befriedigt. In der müssigen, arbeitsfreien Zeit — er ist Zimmermann — hat er einmal drei feinen jungen Damen seinen Geschlechtstheil gezeigt und, da den Betreffenden dies sichtlich Spass machte, dasselbe Spiel während fast eines Jahres immer wiederholt. Später hat er das dann vor anderen fortgesetzt, indem er nachträglich durch Onanie den Geschlechtsakt vollendete. Der Trieb dazu sei periodenweise zwangsmässig über ihn gekommen.

Bei dem Angeklagten wurden nie Krampfanfälle oder Aehnliches beobachtet, er klagte nur viel über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit und behauptete, geistige Getränke nicht zu vertragen. Körperlich besteht nur eine Schwerhörigkeit, die nach schweren Masern zurückgeblieben ist.

Der Gutachter führt an: Weder ist der Angeklagte nach dem ärztlichen Befunde schwer nervös entartet, noch hat er bei seinen geschlechtlichen Vergehen Unruhe, Aufregung, Angst gezeigt, wie sie die schwer entarteten Exhibitionisten zeigen, wenn sie ihren Trieb unterdrücken wollen. Andererseits spricht ja die Angabe, dass der Trieb periodenhaft auftritt, und dass er unwiderstehlich ist, besonders aber die Unverbesserlichkeit des Angeklagten für das Zwangsmässige des Triebes. Aber es ist erwiesen, dass die Handlungen mit Ueberlegung und Vorsicht ausgeführt werden, was bei momentanen Zwangstrieben nicht der Fall ist. Mit Bestimmtheit ist daher die Zurechnungsfähigkeit nicht auszuschliessen. Es besteht nur ein Mangel an sittlicher Widerstandskraft.

Für solche Leute eignet sich — bemerkt H. dazu — weder das Gefängniss, noch die Irrenanstalt, sie gehören in besondere Erziehungs- und Bewahranstalten.

II. Der Fall gehört streng genommen, nicht in die im Titel genannte Gruppe, da handgreifliche unzüchtige Handlungen mit Kindern den Hauptgegenstand, das Zeigen der Geschlechtstheile nur einen Nebenpunkt der Anklage bilden, die überdies gleichzeitig auf Gotteslästerung lautet. Schon diese Verbindung lässt ahnen, dass der Angeklagte ein Geisteskranker ist.

Der Angeklagte, ein Mann von 42 Jahren, ist von Jugend auf, nach einer Kopfverletzung, schwachsinnig gewesen und hat schon lange in religiöser Beziehung Sonderbestrebungen gehuldigt. Er hat nahezu keine Schulbildung, eine kindliche Unwissenheit in den gewöhnlichsten geographischen und politischen Dingen. In religiöser Beziehung hat er sich ein System gebildet, in dem Gott die Rolle des bösen Geistes, Jesus die des Guten spielt. Er thue was Jesus befiehlt oder gestattet. Die unzüchtigen Handlungen habe er aus Liebe und ohne sich von Jesus gestraft zu fühlen, begangen, in dem Glauben, die Kinder dadurch „eher zu Jesus zu führen."

III. Auch hier ist der Exhibitionismus „mit Sittlichkeitsverbrechen verbunden", auch hier der Thäter ein Geisteskranker.

Der 35jährige R. ist nicht belastet und hat gut gelernt. Beim Militär zeigte er sich nicht als grosser Geist und hatte etwas Scheues. Schon damals traten nach einem chronischen Tripper, der ihn gemüthlich sehr bedrückte, Zeichen geistiger Störung auf, theils in Gestalt von Verfolgungsideen theils als hypochondrisch-melancholische Verstimmung. Nach einigen Monaten Anstaltsbehandlung trat Besserung ein. Der Beeinträchtigungswahn schwand aber nie, R. entwickelte sich zu einer wahren Hausplage. Ewig unzufrieden, von allen Anderen vermeintlich nicht genügend berücksichtigt, faulenzte er und liess sich von seinen Angehörigen pflegen. Schrieen die Kinder, so schlug er furchtbar auf sie ein. Zeitweise suchte er mit Licht nach seinen Verfolgern, seine Frau verdächtigte er der Untreue. Als er schliesslich nicht blos vor anderen Kindern mit besonderem Vergnügen seine Schamtheile entblösste, sondern auch mit dem eigenen vierjährigen Mädchen wechselseitig Selbstbefleckung trieb, wurde er unter Anklage gestellt.

Die Beobachtung erwies neben der ausserordentlich schweren Hypochondrie das Bestehen von Schwachsinn und einem Wahnsystem, wonach seine Frau selbst von hoher Abkunft sei und mit einem hochgeborenen Herrn ein Verhältniss habe.

Hier stehen die geschlechtlichen Vergehen in keiner engeren Beziehung mit der Verrücktheit, sondern entstammten der mit der Hypochondrie Hand in Hand gehenden allgemeinen sittlichen Entartung, wie denn auch R. in der Irrenanstalt seine geschlechtliche Lüsternheit in auffallender Weise zeigt. Dabei hat er aber freilich auch geschlechtliche Beeinträchtigungsideen, z. B. dass er Nachts gemissbraucht werde. In beiden Fällen wurde Unzurechnungsfähigkeit anerkannt.

Gutachten über einen Sexuell-Perversen (Besudelungstrieb.)

Von Dr. Albert Moll-Berlin.
(Ztschr. f. M.-B. 1900. No. 13.)

Der Untersuchte ist ein gebildeter Mann in jüngerem Mannesalter, der Sohn eines an Lähmungsirrsinn Verstorbenen, der mit seiner Ehefrau blutsverwandt war. Seit früher Jugend ist er ungesellig, liebte als Knabe weibliche Handarbeiten. In seinem Geschlechtsleben, das sich anfangs in Onanie, später in normalem Geschlechtsverkehr entäusserte, spielte von Beginn an der Anblick weisser Frauenwäsche eine Rolle. Sie war es, die ihn besonders erregte, zu geschlechtlichen Phantasien besonderen Anreiz gab. Später sah er zufällig, wie das weisse Kleid einer Dirne, mit der er verkehrte, von Schmutz bespritzt wurde. Das regte ihn geschlechtlich auf, und er ging nun öfters aus, um selbst durch Besudelung heller Frauenkleider (Bespritzen mit Tinte) geschlechtlich erregt zu werden. Die Erregung führte zu Steifung des Gliedes und Samenergüssen. Der Drang war zu verschiedenen Zeiten verschieden stark, die Lust wurde erhöht, wenn ihm gleichzeitig körperlicher Schmerz zugefügt wurde. Auch in wollüstigen Träumen spielte weisse Frauenwäsche eine Rolle.

Objektiv bestehen weder Zeichen geistiger noch körperlicher Erkrankung. Spuren körperlicher Entartung kann man in Kleinheit der Hoden und Ueberempfindlichkeit des einen

Hodens erblicken. Der Untersuchte giebt an, zeitweise aufbrausend und jähzornig zu sein.

Bei einem degenerativ Belasteten hat also hier zunächst von Anfang an eine geschlechtliche Verkehrtheit, die besondere Erregung des Geschlechtstriebes nicht sowohl durch das Weib im Ganzen als durch weisse Frauenwäsche (eine Form des „Fetischismus") bestanden. Diesem hat sich im Anschluss an ein zufälliges Ereigniss der Besudelungstrieb zugesellt.

Ist hier Paragraph 51 des Strafgesetzbuches anwendbar? Ist die Störung des Seelenlebens derartig, dass sie die freie Willensbestimmung ausschliesst?

Im Allgemeinen muss man sagen, dass ein verkehrter Geschlechtstrieb an und für sich den Menschen noch nicht zwingt, sich geschlechtlich in straffälliger Weise zu benehmen — wie der geschlechtlich Normale so ist auch der Perverse fähig, ohne Eingriff in fremde Rechte seinen Trieb zu bethätigen, es sei denn, dass jene krankhaft gewaltsamen Triebformen vorliegen, die der Epilepsie nahe stehen. Es könnten aber — so würde man weiter erwägen — die einzelnen straffälligen Handlungen unter einem augenblicklichen krankhaften Zwange vorgenommen sein, der die freie Willensbestimmung bei ihnen ausschloss. Dies ist nun gerade bei geschlechtlichen Akten eine bedenkliche Annahme. Zugegeben, dass der Anblick weisser Frauenwäsche auf den Angeklagten als zwangsartig treibender Reiz wirken kann, so sind doch gerade auf geschlechtlichem Gebiete die äusseren Reize nur dann mit zwingender Gewalt wirksam, wenn gleichzeitig ein innerer Reiz durch Ansammlung von Samenflüssigkeit vorhanden ist. Dieser innere Reiz aber kann ausgeschaltet werden, die Samenflüssigkeit kann entleert werden, sei es durch regelrechten Beischlaf — was hier schwerlich möglich war — oder durch Onanie, vermöge deren der Angeklagte sich thatsächlich des Samens zu entledigen vermag.

Der Thatbestand des Paragraph 51 ist also nicht gegeben. Wohl aber wird man eine hohe Beschränkung der freien Willensthätigkeit annehmen müssen.

Vergiftungen.

Fall von Strychninvergiftung.

Thomas Lettis and Horace Potts.
(The lancet 18. August.)

Bei der verhältnissmässig grossen Seltenheit von Strychninvergiftung möchte ich in Kürze über einen von Lettis und Potts beschriebenen Fall berichten. Eine 67 Jahre alte Frau hat irrthümlich strychnus Ignatii zu sich genommen, welcher bekanntlich sehr stark strychninhaltig und sehr giftig ist. Bald danach bekam sie Erbrechen und heftige Convulsionen des ganzen Körpers. Die betreffenden Aerzte fanden sie in höchst elendem Zustande. Sie hatte sehr schwere Anfälle von Convulsionen, die Athmung hörte auf; die Vergiftete sah cyanotisch aus, der Puls war nicht fühlbar. Als die Krampfanfälle etwas nachliessen, wurde der Magen ausgespült. Danach trat sofort Besserung ein, die Convulsionen wurden schwächer und hörten nach einer Stunde gänzlich auf. Im Laufe des Tages klagte die Kranke über heftigen Schwindel, über Schmerzen im Kreuz und Mattigkeit in den Beinen. Die Pupillen waren erweitert und zeitweilig wurde auch noch ein kurz dauerndes Zucken des Körpers beobachtet, wenn man die Kranke berührte. Diese Erscheinung zeigte sich noch öfter in den nächsten 24 Stunden; dann erholte sich die Vergiftete ziemlich schnell. Ihre Genesung verlief ungestört.

Franz Meyer-Berlin.

Nichtgewerbliche Anilinvergiftungen.

Von Prof. Landouzy u. Dr. S. Brouardel.
(Annal. d. hyg. publ. 1900 Aug.)

Die Verff. hatten zufällig Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, der in kurzen Zügen etwa folgendermassen verlief:

Ein kerngesundes Kind von 17 Monaten wird eines Tages im April ins Freie getragen. Während es draussen ist, fällt es nach einer Stunde durch sein müdes, schlaffes Wesen auf, es bekommt eine bläuliche Gesichtsfarbe, es scheint zu sterben.

Der Arzt findet es mit halbgeschlossenen Augen, scheinbar leblos, mit bleigrauer Gesichtsfarbe, bläulichen Lippen, leichenblassen Händchen, ohne dass aber eine Organerkrankung zu entdecken ist.

Starke Herzstärkungsmittel werden angewandt. Das Kind bleibt zunächst bewusstlos, aber bis zum nächsten Tage erholt es sich doch merklich. Noch nach drei Tagen, während derer es sonst ganz gesundet, behält es die blaugraue Farbe. Der Harn enthält Anfangs Spuren von Eiweiss. Alles deutete auf eine Vergiftung, aber woher sollte sie kommen? Das Einzige, was einen Anhaltspunkt zu bieten schien, war die Thatsache, dass das Kind an dem betreffenden Tage neugefärbte Stiefelchen getragen hat, deren schwarze Farbe einen durchdringenden, an chinesische Tusche erinnernden Geruch hatte. Aber das Kind hatte nach bestimmten Aussagen die Schuhe nicht in die Hand, viel weniger in den Mund genommen!

Zwölf Tage später trug der sechsjährige Bruder des Kindes ebensolche aufgefärbte Schuhe, und auch er bekam binnen drei Stunden ein blaugraues Gesicht.

Jetzt verbreitete sich das Gerücht der Erkrankung in der Gegend, und die Mutter der erkrankten Kinder bekam zahlreiche Mittheilungen von ganz ähnlichen Fällen.

So gelangten zur Kenntniss der Verff. zehn ganz gleichsinnige Krankengeschichten. Immer waren die Kinder je jünger, desto kränker. Die Untersuchung der betreffenden Farbe ergab, dass flüchtiges Anilin, als Träger des Farbstoffes, zu 90,9 Prozent darin enthalten war, daneben fanden sich feste Anilinfarben, keine Spur von Arsenik.

Es wurden nun zwei Versuchsreihen angestellt, an Meerschweinchen und Kaninchen, nämlich eine erste mit der Schuhfarbe selbst, eine zweite mit einem Gemisch von Anilin und Wasser.

Bei der ersten wurde die Farbe entweder unter die Haut oder in den Mund der Tiere oder dampfförmig in ihren Käfig gebracht oder auf Hautflächen aufgestrichen — immer das gleiche Ergebniss, nur dem Grade nach verschieden: Das Tier fällt hin, zittert, wird steif, die Athmung verlangsamt sich, die Herztöne werden schwach, zeitweise treten Krämpfe auf; die Schleimhäute werden blaugrau; die Zahl der roten Blutkörperchen vermindert sich. Nicht anders verlief die zweite Reihe der Versuche.

Das Anilin wird also durch die Lungen — besonders bei heisser Zeit — und durch die Haut aufgesogen und wirkt von hier aus als ernstes Gift.

Es ist wichtig, aus diesen Fällen die Lehre zu ziehen, dass man nicht bloss bei Arbeitern in Anilinfabriken an eine Anilinvergiftung zu denken braucht.

Augen.

Zur Nachbehandlung bei Operationen am Augapfel.

Von Dr. G. Gutmann.
(Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 24.)

Verf. schildert die verschiedenen Arten des Verbandes und der Nachbehandlung bei Staaroperationen. Der Monoculus

wurde durch das Fuchs'sche Gitter abgelöst. Auf die geschlossenen Lider kommt ein Gazeläppchen mit einem Wattebausch, welcher durch einen Pflasterstreifen befestigt wird, hierüber kommt ein Drahtgitter, welches das Auge vor etwaiger Berührung mit der Hand schützt. Verf. hat mit diesem Verbande, neben welchem er in besonderen Fällen auch noch den Rollbindenverband anwendet, gute Erfolge gehabt. Noch weiter ging Czermak, indem er jeden auf den Lidern liegenden Verband fortliess und nur das mit einem dunklen Stoffe überzogene Fuchs'sche Schutzgitter anlegte. Die Erfolge Czermaks mit dieser Methode waren bei 2600 Augapfeloperationen sehr zufriedenstellende. Die vollkommen offene Wundbehandlung nach Augenoperationen verwirft Verf. Er hat das Fuchs'sche Gitter in letzter Zeit nur noch am ersten Tage mit einem die Lider bedeckenden Schlussverbande benutzt, vom zweiten Tag an aber den Schlussverband fortgelassen und allein das schwarz ausgekleidete Drahtgitter nach der Angabe Czermaks verwendet. Die Resultate dieses Verbandes waren sehr zufriedenstellend. Ferner gab Verf. nur am ersten Tage flüssige Kost, dann feste Speisen. Die Patienten konnten am zweiten Tage aufstehen und im Lehnstuhl sitzen. Schliesslich verdunkelt Verf. nach Augenoperationen die Krankenzimmer nicht mehr, sondern sorgt nur für gedämpftes Licht. Er hofft so, den Kranken das Dasein so erträglich wie möglich zu gestalten ohne Schaden für die Wundheilung. Groenouw.

Spontane Resorption einer überreifen Katarakt durch eine Verletzung.

Von Dr. Hennicke.

(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1900, S. 476 f.)

Ein 64jähriger Mann konsultirte den Verf. wegen einer geringen rechtsseitigen traumatischen Konjunktivitis. Bei der Aufnahme der Anamnese ergab sich, dass das Auge früher blind war, vor 26 Jahren stellte ein Augenarzt noch nicht ganz reifen grauen Staar fest und hielt eine Operation in einiger Zeit für erforderlich. Die Operation unterblieb jedoch aus Mangel an Geld, obwohl das Auge allmählig völlig erblindete. Vor 6 Monaten schlug dem Kranken ein Zweig gegen das Auge und seitdem besserte sich das Sehvermögen allmählig wieder. Die Untersuchung ergab das Fehlen der Linse auf diesem Auge, oben in der Iris fand sich ein kleines Loch. Verf. nimmt an, dass durch die Verletzung ein Riss der Linsenkapsel entstanden und damit die Resorption der getrübten Linse eingeleitet worden sei. Das zweite Auge war gesund.

Groenouw.

Ohren.

Zur Funktion der Bogengänge.

Aus der Trautmann'schen Ohrenklinik in der Charité zu Berlin.
Von Stabsarzt Dr. Stenger.

(Archiv f. Ohrenheilk., 50. Band, S. 79 ff.)

Ein Symptom, das dem ärztlichen Sachverständigen bei der Beurtheilung Unfallverletzter häufig begegnet, ist der Schwindel, sei es das subjektive Schwindelgefühl beim Kranken, seien es objektiv feststellbare Schwindelerscheinungen. Die vorliegende Arbeit trägt dazu bei, uns dem Verständniss dieses Symptoms näher zu bringen. Die Ausführungen Stengers fussen nicht, wie die meisten der bisherigen, auf diesem Gebiet sich bewegenden Arbeiten, auf Thierversuchen, sondern auf Beobachtungen, die er an Kranken machte, deren horizontaler Bogengang durch eitrige Vorgänge im Mittelohr theilweise zerstört war, oder bei denen der horizontale Bogengang bei der sog. Radikaloperation des Ohres verletzt wurde. Neben Nystagmus und subjektiven Gehörsempfindungen war Schwindel eine regelmässige Folge dieser Bogengangaffektionen. Der Schwindel äusserte sich unter anderem hauptsächlich in Schwanken nach der verletzten Seite und beim Gehen in der Neigung, von der geraden Linie nach der verletzten Seite hin abzuweichen. Im Dunklen, bezw. beim Schluss der Augen nahmen diese Erscheinungen zu. Stenger theilt dann im Anschluss an 4 Fälle, die er Hitzig's Arbeit über den Schwindel entnommen hat, seine Beobachtungen an einem Kutscher mit, der durch Fall auf das Steinpflaster einen Schädelbruch erlitten hatte. Hierbei war das Labyrinth verletzt worden, und dementsprechend klagte der Mann über Schwindel. Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass der Bogengangapparat zweifellos zum Gleichgewichtssinn in Beziehung steht.

Für den ärztlichen Sachverständigen ergiebt sich aus des Verf. Ausführungen der Wink, Leute, die nach Kopfverletzungen über Schwindel klagen, stets einer eingehenden — spezialistischen — Untersuchung ihres Gehörorgans zu unterwerfen.

Richard Müller.

Beiträge zur Kenntniss der otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter.

III. Fortsetzung.
Aus der Ohren- und Kehlkopfklinik der Universität Rostock.
Von Dr. Muck, 1. Assistent.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Band, S. 174 ff.).

Die drei ersten Veröffentlichungen über das gleiche Thema sind bereits früher in unserer Zeitung (s. Nr. 7, Jahrg. 1900) besprochen worden. Die vorliegende 3. Fortsetzung bringt wieder elf einschlägige Fälle (Fall 22—32), von denen einer im Jahre 1895, einer 1898, vier 1899 und die übrigen in diesem Jahr beobachtet wurden. In drei Fällen trat der Tod ein, sieben Fälle wurden durch operative Eingriffe geheilt, ein Fall heilte ohne Operation. Im letzteren handelte es sich um pyämisches Fieber bei beiderseitiger Masern-Otitis; der Fall gehört hierher, weil das Fieber auf thrombosirende Vorgänge in den Schläfenbeinblutadern oder in einem der dem Schläfenbein anliegenden Sinus zurückzuführen gewesen sein dürfte.

Die Schilderungen sind überaus lehrreich, namentlich auch nach der einen Richtung hin, dass sie Aufschluss über den durchaus nicht harmlosen Charakter der eiterigen Erkrankungen des Mittelohrs geben, und es wäre, um diese Erkenntniss immer mehr zu verbreiten, wünschenswerth, wenn auch von anderen Ohrenkliniken die einschlägigen Fälle in gleicher Weise mitgetheilt würden. Richard Müller.

Topographie und Operationstechnik der otitischen Schläfenlappenabcesse.

Aus dem Kgl. Pathologischen Institut der Universität Breslau.
Von Dr. Hermann Preysing-Leipzig.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Band, S. 208 ff.)

Der Verf. hat früher einmal einen Gehirnabscess auf dem Sektionstische gesehen und neuerdings zwei (nicht drei — mit diesem Druckfehler fängt die Arbeit an) weitere Fälle bei Obduktionen beobachtet. Dies veranlasst ihn, mit Vorschlägen für die Ausführung der Sektion bei Gehirnabscessen und auch für deren Operation hervorzutreten. Soweit die Vorschläge vom pathologisch-anatomischen Standpunkte die Verbesserung der Hirnsektionstechnik anstreben, mag ihnen eine gewisse Berechtigung zuerkannt werden, wiewohl auch nach der verurtheilten „Virchow'schen Methode" eine genaue Feststellung eines Hirnabscesses in allen seinen Einzelheiten recht wohl möglich ist; Verf. empfiehlt an Stelle der parallelen Längsschnitte durch die Hemisphäre einen Horizontal-, einen Sagittal- und einen Frontalschnitt. Bei sehr grossen Ab-

scessen wird auch dieses Verfahren unzulänglich sein. — Des Verf.'s Vorschläge zur Verbesserung der Operationstechnik beschränken sich auf die Angabe eines verhältnissmässig recht komplizierten Instruments zur Ausführung eines Probeschnittes in das Gehirn von der Mastoidoperationswundhöhle her. Ob das Instrument in ohrenärztlichen Kreisen viel Verbreitung finden wird, scheint uns zweifelhaft.

Richard Müller.

Zur Heilung der Hirnabscesse.

Aus der Universitätsohrenklinik in Heidelberg.
Von Professor Passow.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Band, Seite 111 ff.).

Am 25. Juni 1899 endete ein Mann durch Selbstmord, bei dem Verf. am 15. April (nicht, wie irrthümlich gedruckt ist am 15. März) einen Schläfenlappenabscess operiert hatte. Bei der Sektion ergab sich, dass Heilung eingetreten war. Die Gehirnnarbe war ungefähr den dritten Theil so gross wie die ursprüngliche Abscesshöhle, eine Folge der Thatsache, dass sich im Anschluss an die Operation die Abscesswände, die vorher durch den Eiter gespannt und auseinander gehalten worden sind, einander zu nähern pflegen. Die Narbe bestand aus zwei bindegewebigen Strängen, die auffallender Weise mit der Dura nicht verwachsen waren. Diese beiden Stränge waren zusammengesetzt aus fixen Bindegewebszellen, zwischen welchen kleine Rundzellen und grössere runde Zellen mit feinkörnigem (nicht „feinkernigem") Protoplasma und grossem Kern lagen; nervöse Elementarbestandtheile fanden sich darin nicht. Die Hirnsubstanz in der unmittelbaren Umgebung der Stränge war capillarreich und mit Rundzellen infiltrirt; ihre Nervenzellen waren ohne Fortsätze und theilweise ohne Kerne. Diese Veränderungen waren bis auf 7 mm Entfernung von der bindegewebigen Narbe zu konstatieren; der Uebergang zum normalen Gewebe erfolgte ohne scharfe Grenze.

Bemerkenswerth ist noch, dass sich in der Narbe einzelne gewundene, bandartige, stark lichtbrechende und keinen Farbstoff annehmende Streifen vorfanden, zwischen denen Riesenzellen eingestreut waren. Die Streifen erwiesen sich als Baumwollfasern, die als Ueberbleibsel von dem Verbandsmaterial in die Hirnsubstanz eingeheilt waren. Richard Müller.

Zur Lehre von den otitischen Gehirnabscessen.

Aus der Ohrenklinik des Charité-Krankenhauses in Berlin.
Von Stabsarzt Dr. Richard Müller-Berlin.
(Archiv f. Ohrenheilk., 50. Band, Heft 1/2).

Zu vier bereits früher von ihm geschilderten otitischen Hirnabscessen veröffentlicht Verf. jetzt vier weitere einschlägige Fälle. Drei von den letzteren hat er operirt, einen davon mit Ausgang in Heilung, während die anderen beiden am 19. bezw. am 20. Tage nach der Operation starben. Der geheilte war ein doppelter Kleinhirnabscess bei einem zehn Jahre alten Mädchen, der in zwei Sitzungen operirt wurde. Das Kind ist jetzt vollständig gesund, hat keinerlei Kopf- oder Ohrenbeschwerden und macht in der Schule, was auch für den ärztlichen Sachverständigen von grösserem Interesse sein dürfte, gute Fortschritte. Eine Beeinträchtigung der Verstandesthätigkeit hat der Doppelabscess nicht zur Folge gehabt. — Von den anderen drei Abscessen sass einer im rechten Schläfenlappen, einer im rechten Kleinhirn und einer im linken Schläfenlappen. Bei dem letzteren handelte es sich um eine Art Schnelldiagnose; diese baute sich im Wesentlichen auf drei Symptomen auf: stinkende Ohreiterung, verlangsamter Puls und amnestische Aphasie. Die sofort vorgenommene Operation bestätigte die Diagnose; es wurde ein Schläfenlappenabscess, der im grössten Durchmesser 5 cm hatte, eröffnet.

Im zweiten Theile seiner Arbeit giebt Verf. einige Winke für die Art des operativen Vorgehens bei otitischen Hirnabscessen, um dann eine Reihe pathologisch-anatomischer Ausführungen folgen zu lassen. Er unterscheidet zwei Arten von Gehirnabscessen: den parenchymatösen und den interstitiellen, ersterer ist der eigentliche Abscessus cerebri bezw. cerebelli, letzterer im Grunde genommen nur ein Abscessus in cerebro. Der parenchymatöse Abscess entwickelt sich unter eitriger oder jauchiger Einschmelzung der Hirnsubstanz und führt, da die Menge der eingeschmolzenen Hirnmasse seinem eigenen Volumen entspricht, im allgemeinen nicht zu Hirndrucksymptomen; der interstitielle Abscess entwickelt sich im interstitiellen Hirnstützgewebe durch Auswanderung von Leukocyten u. s. w., er fügt also dem Schädelinnern etwas Neues hinzu und hat daher Hirndruckerscheinungen wie ein Hirntumor im Gefolge. Verf. geht auf die einzelnen Unterscheidungsmerkmale noch genauer ein, hebt aber dann hervor, dass die reine Form der einen oder der anderen Abscessart selten ist, und dass Mischformen zwischen beiden das Gewöhnlichere sind. Autorreferat.

Hygiene.

Zur Gesetzgebung über den Verkehr mit Kuhmilch.

Von Dr. A. Schlicht-Stralsund.
(Zeitschr. f. öffentl. Chemie, Heft 16, 1900.)

Anknüpfend an eine vor Kurzem von der Hamburger Polizeibehörde erlassene Anweisung zur Prüfung der Milch auf Wasserzusatz, bei welcher nur von der Verwendung der Milchwaage (Laktodensimeter) die Rede ist, weist Verfasser darauf hin, dass zu einer sicheren Entdeckung der Milchverfälschung auch die Bestimmung des Fettgehaltes unentbehrlich ist. Die Anwendung der Milchwaage beruht bekanntlich auf der Bestimmung des spezifischen Gewichtes der Milch. Dieses beträgt bei normaler Milch ungefähr 1,030, es schwankt aber nach den vom Reichsgesundheitsamt angegebenen Grenzzahlen von 1,029—1,034. Das spezifische Gewicht ist abhängig von dem Gehalt an Fett einerseits und dem Gehalt an den übrigen Nährstoffen andererseits; es wird durch ersteres herabgemindert und durch die anderen Nährstoffe erhöht. Wird nun eine Milch mit Wasser verdünnt, so fällt das spezifische Gewicht, wird sie dagegen entrahmt oder mit Magermilch versetzt, so steigt es. Nun können viele Milchsorten ganz erhebliche Verschlechterungen durch eine dieser Manipulationen vertragen, ohne dass das spezifische Gewicht über die Grenzen hinaus verändert wird, und weiter lässt sich durch geschickte Vereinigung beider Manipulationen unschwer das spezifische Gewicht einer normalen Milch erhalten. Solche verfälschten oder doppelt verfälschten Milcharten würden sich also bei der Prüfung durch die Milchwaage allein der Beanstandung entziehen. Eine Milchkontrolle, die auf Anwendung der Milchwaage beruht, ist nur eine Scheinkontrolle, durch die fast nichts erreicht, wohl aber viel verdorben werden kann. Wollen die Polizeibehörden das Publikum bei dem wichtigsten Nahrungsmittel, welches zugleich den meisten Verfälschungen ausgesetzt ist, wirksam schützen, so muss in jeder zur Kontrolle gelangenden Probe nicht nur das spezifische Gewicht, sondern wenigstens auch noch der Fettgehalt bestimmt werden. —y.

Untersuchungen über das Verhalten der Milchbakterien im Milchthermophor.

Von Prof. Dr. Dunbar, Direktor des Staatlichen hygienischen Instituts zu Hamburg und Ass. Dr. W. Dreyer.
(Deutsche med. Wochenschr. No. 26, 1900.)

Der Milchthermophor dient dazu, die aufgekochte Milch längere Zeit bei relativ hohen Temperaturen aufzubewahren.

Es war deshalb von praktischem Interesse, zu untersuchen, wie der Apparat auf das Bakterienleben in der Milch einwirkt. Die Schlüsse, die sich aus den zu diesem Zwecke angestellten Versuchen ergaben, lassen sich dahin zusammenfassen: Bei bis zu zehnstündigem Verweilen der Milch in dem kurz vorher erhitzten Thermophor findet eine Erhöhung der Keimzahl der Milch nicht statt. Es zeigt sich vielmehr bei ungekochter bezw. pasteurisirter Milch in Folge der Thermophoreinwirkung eine entschiedene Abnahme der Bakterienzahl, und zwar gelegentlich bis zu dem Grade, dass in den angesetzten Kulturen lebensfähige Keime überhaupt nicht mehr gefunden werden. Eine Zersetzung und nachtheilige Veränderung der Milch im Thermophor ist deshalb innerhalb des genannten Zeitraumes nicht zu befürchten. Der Milchthermophor kann in Folge dessen unbedenklich für die Warmhaltung der für die Ernährung von Säuglingen bestimmten Milch empfohlen werden, vorausgesetzt, dass die Milchproben nicht länger als 10 Stunden nach dem Erhitzen des Thermophors im letzteren belassen werden. Angesichts dieser Thatsachen ist der Milchthermophor mit Rücksicht auf die grosse Bequemlichkeit, die er für das Pflegepersonal bietet, als eine sehr schätzenswerthe Bereicherung für die Technik der künstlichen Säuglingsernährung zu bezeichnen. —y.

Ueber die Entwickelung unserer gegenwärtigen Milchkenntnisse in ihren Beziehungen zur Milchhygiene.

Von Dr. H. Georgii, Oberamtswundarzt in Rottenburg a. N.
(Medizin. Corresp. d. Württemb. ärztl. Landesvereins No. 18, 1900.)

Noch immer ist es nicht gelungen, die Säuglingssterblichkeit in nennenswerther Weise herabzudrücken. Zum Theil erklärt sich diese Thatsache dadurch, dass wir noch weit von einer allgemeinen praktischen Verwerthung der Erkenntniss, welche die moderne Milchhygiene des letzten Jahrzehntes gebracht hat, entfernt sind. Verfasser giebt in kurzen Umrissen ein anschauliches Bild von den diesbezüglichen wissenschaftlichen und technischen Fortschritten und gelangt in seinen Auseinandersetzungen zu der Forderung eines besonderen Reichsmilchgesetzes, das bei dem heutigen Stande der Dinge ein mindestens ebenso dringendes Bedürfniss im Interesse des Volkswohles ist, wie z. B. das geplante Reichsweingesetz oder die Unmasse von Verfügungen über die Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche. Wie etwa reichsgesetzliche Bestimmungen über den Milchverkehr lauten müssten, dafür haben wir in dem Vorgehen einzelner grösserer Gemeindewesen nachahmenswerthe Beispiele, die, wie z. B. Berlin und Frankfurt a. M., vor mehreren Jahren vortreffliche, den heutigen hygienischen Anschauungen über Milchgewinnung und Milchhandel vollauf genügende Polizeiverordnungen erlassen haben. Auch die deutsche Reichsregierung hat eine ausgezeichnete Verordnung über die Ausübung einer Kontrole des Milchverkehres am 4. Mai 1899 erlassen, jedoch nicht für das Deutsche Reich, sondern für sein Pachtland Kiautschou. Derartige Verordnungen erstrecken sich auf Stallhygiene, Kinder-, Kur- etc. Milch, Konzession des Milchhandels, Revisionen des Milchviehes, Tuberkulinimpfungen u. s. w. Was von Staats- und Gesetzeswegen im Interesse einer modernen Milchhygiene für Kiautschou durchführbar ist, sollte auch für das Deutsche Reich nicht unmöglich sein. —y.

Ueber die Gegenwart von andern Bazillen der Diphtherie-Gruppe als dem Klebs-Loefflerschen in Milch.

Von J. W. H. Eyre.
(Brit. Med. Journ.)

Es war früher in zwei Fällen möglich gewesen, aus der Milch echte Diphteriebazillen zu züchten; dies gab die Veranlassung zu einer eingehenden Untersuchung und zur Prüfung einer grossen Zahl von Milchproben auf Diphteriebazillen. Dabei wurden nicht weniger als fünf Arten von Bazillen gefunden, welche in ihrem Aussehen dem Bacillus von Klebs-Löffler gleichen; aber in ihrem sonstigen Verhalten von demselben verschieden waren. Es ist demnach unrichtig, durch die mikroskopische Untersuchung allein auf das Vorhandensein von Diphteriebazillen in der Milch schliessen zu wollen, sondern für die Diagnose nothwendig, das Wachsthum etc. zu berücksichtigen. Echte Diphteriebazillen wurden in den zahlreichen Milchproben nicht mehr nachgewiesen, die gefundenen Bazillenarten erwiesen sich als nicht pathogen.

Franz Meyer-Berlin.

Experimentelle Beiträge zur Methodik der Mauerfeuchtigkeitsbestimmung.

Aus dem hyg. Institut der Universität Innsbruck.
Von Dr. Ballner.
(Archiv für Hygiene XXXVII. J. 4.)

Nach einer kurzen, aber treffenden Begründung der hygienisch gebotenen Nothwendigkeit, den Gehalt einer verdächtigen Mauer an freiem Wasser genau zu bestimmen, rekapitulirt der Verfasser die verschiedenen bisher angegebenen Methoden, und weist mit Recht darauf hin, dass ihnen allen, soweit sie auf wissenschaftliche Exaktheit Anspruch machen, der Mangel innewohnt, dass sie einerseits ein Instrumentarium erfordern, welches nur im Laboratorium zur Verfügung steht, während andererseits eine Summe besonderer Kenntnisse und auch ein solches technisches Geschick, wie man es nur durch langjährige Uebung zu erreichen pflegt, zu ihrer Ausführung nothwendig sind. Verf. hat sich deshalb bemüht, ein Verfahren auszuarbeiten, welches nicht an diese Faktoren gebunden ist, und welches es jedem einigermassen mit chemiischen Arbeiten vertrauten Arzte ermöglicht, die Bestimmung der Mauerfeuchtigkeit gegebenen Falles selber zu machen. Die dazu nöthigen Utensilien sind in jeder grösseren Apotheke vorhanden und bestehen in einem Exsiccator, Porzellanschale, Porzellanmörser, Uhrglas, Dreifuss und einer Tarirwage, die Centigramme noch angiebt, statt letzterer im Nothfalle eine feine Hornwage.

Das Verfahren beruht auf dem Prinzip der möglichst energischen Entwässerung des Mörtels durch stark hygroskopische Substanzen. Als solche dient Phosphorsäureanhydrid P_2O_5, ein weisses, amorphes, schneeartiges Pulver, welches ausserordentlich begierig H_2O anzieht und schliesslich unter Bildung von Metaphosphorsäure zerfliesst.

Man entnimmt mit einer Stanze 15—25 g Mörtel aus der Mauer, zerkleinert sie im Porzellanmörser, wiegt sie genau, und breitet die feinkörnige Masse gleichmässig in einem Porzellanschälchen aus. Dann wird sie zugleich mit etwa 20 g Phosphorsäureanhydrid, welche man in einem Uhrglase auf einem Dreifuss über dem Schälchen ausbreitet, in einen Exsiccator von etwa $^3/_4$ Liter gebracht, und 24—48 Stunden stehen gelassen, sodass die Mörtelmasse während dieser Zeit der wasserentziehenden Einwirkung des Phosphorsäureanhydrid ausgesetzt ist. Der Wasserverlust des Mörtels wird durch Wägung festgestellt. Ist der Mörtel ziemlich trocken, genügen 24 Stunden, ist er feuchter, so ist der Verlust an Wasser während weiterer 24 Stunden noch ein bei der Messung ins Gewicht fallender, ev. zerfliesst sogar das Phosphorsäureanhydrid und muss erneuert werden.

Die bei diesem Verfahren erhaltenen Resultate waren verglichen mit denjenigen, welche durch andere gewichtsanalytische Methoden bei Anwendung hoher Temperaturen erzielt wurden, um ein geringes zu niedrig. Doch ist diese Differenz eine so geringe, dass sie bei der hygienischen Würdigung der

Resultate nicht ins Gewicht fallen kann, zumal die Grenzen, innerhalb derer der Wassergehalt einer Mauer als hygienisch zulässig erklärt werden kann, noch wenig feststehen (Emmerich bis 2 Proz., Glässgen bis 1 Proz.)

Schaumkell, Ronneburg.

Aus Vereinen und Versammlungen.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen.

17. bis 22. September.

35. Abtheilung: Unfallheilkunde.

(Monatsschr. f. Unfallheilk.)

Dr. **F. Baehr**-Hannover. Unfall und Epilepsie.

In der deutschen Literatur finden sich noch wenig Beschreibungen von Einzelfällen, in denen Verletzungen Epilepsie ausgelöst haben, und in den wenigen handelt es sich fast immer um unmittelbare Einwirkungen auf den Kopf, nicht um Gliedmassenverletzungen. Dies veranlasst B. zur Mittheilung von vier Fällen, in denen die Frage des Zusammenhangs zwischen Unfall und Epilepsie gutachtlich zu erörtern waren.

1. Ein Arbeiter, der vorher angeblich niemals Krampfanfälle gehabt hatte, erlitt durch ausströmenden Dampf Verbrennungen. Angeblich war er gestrauchelt und auf die Dampfklappe gefallen. Man fand ihn nachher bewusstlos neben derselben vor. Es bildeten sich sehr schmerzhafte Narben, von denen eine später ausgeschnitten wurde. Während der Behandlung wurden nächtliche Krampfanfälle beobachtet, die nach den Angaben des Wartepersonals als echt epileptische gedeutet werden mussten. Ausserdem hatte der Verletzte einige Male zweifellos hysterische Anfälle. Es lag nahe, das ganze Krankheitsbild allein auf den Unfall zu beziehen (Reflexepilepsie). Thatsächliche Erhebungen ergaben aber schliesslich, dass der Verletzte zweifellos vor dem Unfall schon epileptisch gewesen war.

B. knüpft an diesen Fall die Bemerkung, dass hier der Thatbestand eines Betruges vorliegt, und dass die Aerzte ganz gut thun würden, in verdächtigen Fällen die zu Untersuchenden darauf aufmerksam zu machen, dass sie sich durch falsche Angaben eine strafrechtliche Verfolgung zuziehen können.

2. Einem Arbeiter in mittleren Jahren, der bisher gesund war, fällt ein schweres Thonrohr auf die Brust, das ihm erhebliche Knochenverletzungen, u. A. sechs Rippenbrüche beibringt. Auch die Lunge war verletzt. Schon im Laufe des ersten Jahres treten eigenthümliche Anfälle von Angst, aufsteigendem Schmerz und Athemnoth auf. Nach $1^1/_2$ Jahren kommt es zu richtigen epileptischen Anfällen. Es wurden in der Annahme, dass zwei nach dem Brustraum vorstehende Rippenbruchstücke heftige Schmerzen und auf diesem Wege Reflexepilepsie bedingten, die betr. Rippen entfernt. Danach blieben die Anfälle weg.

3. Ein 44jähriger Mann, früher nach ausdrücklicher Feststellung nicht fallsüchtig, bekommt beim Arbeiten an einer elektrischen Strassenbahn-Oberleitung einen starken elektrischen Schlag, stürzt herab und ist vorübergehend bewusstlos. U. A. hat er einen Beckenbruch erlitten. Objektive nervöse Erscheinungen waren später nicht nachweisbar. Nach einigen Monaten wurde über eigenthümliche anfallsweise vom Becken nach der Brust ausstrahlende Schmerzen geklagt. Nach weiteren sechs Monaten stellten sich epileptische Anfälle ein.

4. Ein Arbeiter mit ebenfalls einwandfreier Vergangenheit stürzt von einer Leiter, ohne bewusstlos zu werden. Er bekommt vier Monate später einen epileptischen Anfall. Zur Zeit der Beobachtung durch B. lassen sich die Folgen eines doppelten Oberschenkelbruches und eines Fersenbeinbruches wahrnehmen. Nervöse Zeichen fehlen. Der Verletzte hat einen ungemein schweren epileptischen Anfall.

Am sichersten ist die Diagnose Reflexepilesie bei dem zweiten Fall. B. macht darauf aufmerksam, dass in diesem wie in dem dritten, dem eigentlichen Krampfanfalle Zustände vorausgegangen sind, die man als epileptiforme bezeichnen muss.

Recht schwierig ist es meist festzustellen, ob nicht doch vorher schon epileptische Anfälle bestanden haben, ja, ob nicht der Unfall selbst einem solchen seine Entstehung verdankt. Am verwickeltsten ist die Sachlage, wenn vor langer Zeit Krämpfe beobachtet worden sind, in den letzten Jahren aber nicht mehr, denn dann muss man auch daran denken, dass der Unfall eine scheinbar geheilte Epilepsie wieder hat aufflackern lassen.

Der Erfolg einer Operation ist bei Reflexepilepsie zweifelhaft, wenn längere Zeit seit dem Unfall verstrichen ist, bei Epilepsie durch Gehirnverletzung vollends unzuverlässig.

Schäffer-Leum: Genügt die übliche Definition des Begriffes Unfall den Anforderungen der Praxis?

Gewöhnlich versteht man unter einem Betriebsunfall ein plötzliches, mit dem Betriebe zeitlich, örtlich und ursächlich im Zusammenhang stehendes, durch die aufgewendete Leistung oder durch eingetretene Berufsstörung aussergewöhnliches Ereigniss, welches körperliche und geistige Gesundheitsschädigung zur Folge hat.

Vortr. wendet sich gegen die schematische Forderung des Nachweises einer das Mass der gewöhnlichen Betriebsleistungen überschreitenden Anstrengung. Beim landwirthschaftlichen Arbeiter, dessen gewöhnliche Betriebsleistung im Gegensatz zu der des Fabrikarbeiters ausserordentlich wechselnd ist, kann auch die Ueberschreitung der Betriebsleitung nicht in allgemein giltiger Weise festgestellt werden. Hier muss auf die Eigenart des Einzelnen Rücksicht genommen werden. Dieselbe Arbeit, welche für den Mann durchaus gewöhnlich ist, kann für die Frau oder den unerwachsenen Knaben eine aussergewöhnliche Leistung darstellen. Es kann aber ferner der anscheinend Gesunde eine Krankheitsanlage in sich tragen, die, sei es bei ungewöhnlich schweren oder bei gewöhnlichen Arbeiten zu plötzlichen Verschlimmerungen führt. Vortr. bezieht sich hier auf einen recht interessanten Fall, wo eine Frau beim Mähen plötzlich Unterleibsbeschwerden bekam, die anscheinend auf eine Knickung der Gebärmutter, in Wirklichkeit aber, wie sich später herausstellte, auf den Einbruch eines vorher schon tuberkulös zerstörten Wirbelkörpers zurückgeführt werden mussten. Die Ansprüche der Verletzten wurden hier in zwei Instanzen zurückgewiesen, an das Reichsversicherungsamt wandte sie sich nicht. Dagegen wurde einem Manne Entschädigung zugebilligt, der herzkrank war und beim Heben eines leeren Wagens eine Herzerweiterung und durch Verschleppung eines Gerinnsels ins Gehirn eine halbseitige Lähmung bekam.

Vortr. schlägt vor, alle landwirthschaftlichen Arbeiter in derselben Weise, wie es mit den Bergleuten geschieht, vor der Einstellung auf ihren Gesundheitszustand untersuchen zu lassen. Bei den männlichen Arbeitern könnte man sich, falls die Militärbehörden sich entgegenkommend zeigten, auf Kenntnissnahme der Militärlisten beschränken.

Im Uebrigen meint Vortr., dass bei den Unfällen im landwirthschaftlichen Betriebe die Forderung einer mehr als betriebsüblichen Anstrengung fallen könnte.

Thiem: Verrenkung des Kahnbeins nach unten.

Vort. zeigt das Röntgenbild vom Fuss eines Mannes, der

durch direkte Gewalt, Auffallen von gefrorenen Erdschollen auf den Fuss, eine Verrenkung des Kahnbeins nach unten erlitt. Der Mann behielt namentlich im Chopart'schen Gelenk Bewegungsbeschränkungen zurück, sodass Hebung und Senkung der Fussränder fast aufgehoben war; wegen Schmerzhaftigkeit beim Auftreten am inneren Fussrand trat er vorwiegend mit dem äussern auf, wie das die vorgezeigten Fussabdrücke auch andeuten. Die operative Entfernung des verrenkten Knochens wurde nicht gestattet und eine Einrenkung war nicht mehr möglich, als der Verletzte in die Behandlung des Vortragenden kam — es geschah dies erst 4 Monate nach der Verletzung. Es wurden 25 Prozent Rente bewilligt.

Bähr-Hannover: Pseudarthrose nach Fraktur des Malleolus internus.

Bei Knöchelbrüchen scheint bisher das Ausbleiben einer festen knöchernen Vereinigung nicht beschrieben zu sein. Ein derartiges Vorkommniss glaubt Bähr nunmehr in zwei Fällen beobachtet zu haben. Der erste davon ist der sicherere.

Bei einem jugendlichen Arbeiter blieb nach einem Knöchelbruch eine ungewöhnlich schwere Gehstörung zurück. Dabei war die Stellung des Fusses gut, die Beweglichkeit des Gelenks völlig normal. Die Gegend des innern Knöchels war leicht verbreitert und druckempfindlich. Mit Röntgenstrahlen sah man von vorn her die Ansatzstelle des innern Knöchels quer durchtrennt. Zufällig wurde noch eine zweite Aufnahme bei gestrecktem Fusse vorgenommen, und nun zeigte sich eine die Ansatzstelle des innern Knöchels durchsetzende Spalte, die sich nach vorn erweiterte. Es hatte also keine knöcherne Vereinigung der Bruchstücke stattgefunden.

In einem zweiten Falle, bei dem die Beschwerden ähnlich lagen, konnte der Beweis durch die Röntgenaufnahme nicht mit gleicher Sicherheit geführt werden.

Thiem: Ueber Serratuslähmung nebst Bemerkungen über die Bewegung des Schultergürtels.

Im Anschluss an einen der Versammlung vorgeführten Fall von Lähmung des grossen Sägemuskels legt Vortr. dar, wie nach den auf diesem Gebiete umwälzenden neueren Forschungen die Erhebung des Armes im Schultergelenk zu Stande kommt, und was man daraus für die Beurtheilung von Lähmungen einzelner Muskeln entnehmen kann.

Der Kappenmuskel bewirkt in seiner Gesammtheit eine Anziehung des Schulterblattes an die Wirbelsäule. Rein ist diese Wirkung nur bei den mittleren, zur Schulterhöhe ziehenden Faserbündeln. Die oberen, am äusseren Schlüsselbeinende ansetzenden Bündel, heben dieses um 4,8 cm, die unteren, an der Schultergräte ansetzenden Bündel senken es um 0,5 cm. Diese letzteren Bündel sind es auch, die das Schulterblatt nach aussen drehen.

Der kleine Brustmuskel hilft bei der Senkung des Schultergürtels durch Zug am Rabenschnabelfortsatz.

Der Rautenmuskel und der Schulterblattwinkel-Heber ziehen den unteren Schulterblattwinkel nach innen und oben. Die Pfanne des Schultergelenks wird dabei nicht gedreht, da zwar der Rautenmuskel sie nach hinten ziehen will, der Heber aber in Verbindung mit dem Zacken des grossen Sägemuskels sie vorwärts zieht.

Die unteren Zacken des grossen Sägemuskels ziehen den unteren Schulterblattwinkel nach aussen und vorn. Wirkt der ganze Sägemuskel, so wird das Schulterblatt erst vorwärts gezogen und dann mit dem unteren Winkel nach aussen gedreht. Gleichzeitig wird das Schulterblatt an den Brustkorb gepresst.

Der Deltamuskel ist mehrfächerig gebaut, so zwar, dass sein hinterer Theil den wagerecht stehenden Arm eher senken würde. Der vordere Theil hebt diese Wirkung auf, kann aber erst wirksam in Thätigkeit treten, wenn das Schulterblatt bereits nach vorn gezogen ist, nämlich durch den Sägemuskel.

Fällt nun der Sägemuskel aus, so kann man sehen, dass zunächst der grosse Brustmuskel zur Hilfe herangezogen wird, welcher mit dem Arm auch das Schulterblatt nach vorn zieht. Der kleine Brustmuskel wirkt in gleichem Sinne. Nun werden weiter der zweiköpfige Armmuskel, der obere Abschnitt des grossen Brustmuskels und der Coracobrachialis zur Hebung nach vorn verwendet — sie sind im Stande, hier die Aussenpendelung durch den Sägemuskel zu ersetzen.

Bei seitlicher Erhebung wird zum Ersatz des fehlenden Sägenmuskels neben unteren Fasern des Kappenmuskels besonders der Ober- und Untergrätenmuskel herangezogen. Im vorgestellten Falle fällt nun die seitliche Hebung sehr mangelhaft aus, weil durch die Verletzung die Grätenmuskeln gleichfalls geschwächt sind. (Parese des Nervus subscapularis.)

Es ergeben sich die Schlussätze:

1. Bei der Hebung des Armes nach vorn kann die fehlende Serratuswirkung — Vorziehen der Schulter, Aussendrehung des unteren Schulterblattwinkels — nahezu vollständig ersetzt werden.

a) Durch den grossen und kleinen Brustmuskel.

b) Durch starkes Eingreifen der gleichzeitig supinirenden (nach aussen drehenden) scapulohumeralen Muskeln (Supra- und Infraspinatus; die armerhebende Wirkung des Supscapularis kann nur mit benutzt werden, wenn seiner innen drehenden, pronirenden, Wirkung durch die Aussendrehung das Gegengewicht gehalten wird). Erst wenn diese die Erhebung bis etwa über die Horizontale bewirkt haben, hilft die hintere spinale Deltaportion noch etwas bei der weiteren Erhebung mit.

Friedrich Meyer, Landesrath der Provinz Brandenburg: Die Mitwirkung der Aerzte auf dem Gebiete des Invalidenversicherungsgesetzes.

Der Vortr. setzt in klarer, bündiger Form auseinander was die Aerzte wissen und berücksichtigen müssen, um be der Durchführung des Invalidenversicherungsgesetzes wirksam mithelfen zu können.

Der erste Theil seiner Auseinandersetzungen betraf die Voraussetzungen für den Anspruch auf Invalidenrente. Unter ihnen ist die erste, welche regelmässig vom Arzte bestätigt sein muss, die während mehr als einem halben Jahr ununterbrochen andauernde Erwerbsunfähigkeit. Der Arzt muss aber auch wissen, dass das Gesetz dem Rentenanwärter eine Wartezeit auferlegt. Welche Einzelheiten bei Berechnung der letzteren berücksichtigt werden, muss im Original oder in einer Textausgabe des Gesetzes nachgesehen werden, da die Wiedergabe aller dieser Punkte im Rahmen eines Referates nicht wohl angeht.

Im zweiten Abschnitt des Vortrages wird der Begriff der Erwerbsunfähigkeit näher erörtert. Bekanntlich ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invalidengesetzes eine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit auf weniger als ein Drittel. Vortr. hält es für besonders wichtig, dass die Aerzte nicht blos den objektiven Befund schildern, sondern auch nach eigenem Ermessen eine Schätzung der Erwerbsfähigkeit vornehmen. Wir halten es nicht für überflüssig, einen Theil dieser Ausführungen wörtlich wiederzugeben.

„Man darf nicht einwenden, dass es nicht Sache der Aerzte sei, und sie auch dazu ausser Stande seien, ein derartiges Urtheil abzugeben. Ich halte dem nur das Eine entgegen: Die Dezernenten der Landesversicherungsanstalten müssen doch auch bei ihren Entscheidungen ein solches Urtheil sich bilden, und man kann doch auch bei ihnen nicht voraussetzen, dass

sie mit den Verhältnissen aller verschiedenen Thätigkeiten, welche die Millionen der beschäftigten Versicherten ausüben, vertrauter sind, als die doch ebenfalls im Leben stehenden Aerzte.

Würden die Aerzte eine Mitwirkung in diesem Sinne ablehnen, dann fürchte ich, werden die Versicherungsanstalten von der freien Aerztewahl, die bisher noch ziemlich allgemein gilt, Abstand nehmen und zur Wahl von Vertrauensärzten, bei denen sich wieder Spezialitäten herausbilden würden, schreiten müssen.

Meines unvorgreiflichen Dafürhaltens würde das dem Ansehen des Aerztestandes nicht förderlich und für ihre Weiterbildung und Vervollkommnung im Allgemeinen nicht erspriesslich sein".

Redner streift ferner die den Lesern unserer Zeitschrift aus früheren Referaten bekannten Beziehungen zwischen Invaliditäts- und Unfallversicherung und geht ausführlicher auf die Mitwirkung der Aerzte bei der Vorbeugung des Invalidewerdens durch geeignete Heilmassregeln ein. Er warnt davor, jemals den klar ausgesprochenen Zweck der Unterbringung in Heilstätten aus den Augen zu lassen. Der Arzt, der ungeeignete Elemente in die Heilstätten verweist, trägt dazu bei, die Erfolge der Heilstättenbehandlung in einem ungünstigen Lichte erscheinen zu lassen und die ungeeigneten Kranken nehmen den wirklich Aufnahmebedürftigen den Platz weg.

Eine ganze Reihe einzelner Punkte des Vortrags betrifft die Auswahl der für Heilversuche vorzuschlagenden Kranken, der zu empfehlenden Krankenanstalten, die Dauer des Heilverfahrens, die Terminbestimmung für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit, die Genauigkeit der Untersuchung, die Bedingungen für eine etwaige Rentenentziehung u. s. w. Sehr wichtig sind wieder einige Winke über die Berücksichtigung der verschiedenen Lebensalter. Bei alten Leuten kann man trotz unzureichenden objektiven Befundes eher einmal Erwerbsunfähigkeit annehmen, bei jüngeren muss man, besonders wenn sie angeblich an Rheumatismus leiden oder neustrasthenische oder hysterische Beschwerden haben, sehr auf der Hut sein und vor allen Dingen im Auge behalten, dass bei solchen Beschwerden im Allgemeinen nicht Müssiggang, sondern Arbeit hilft.

Dr. **J. Riedinger-Würzburg**: Ueber Scoliosis traumatica.

(Dieser Vortrag ist als Referat von einem Spezialsachverständigen an anderer Stelle dieser Nummer behandelt.)

(Schluss folgt.)

Aus der Jahresversammlung der British medical-Association. Discussion über Meldepflicht bei Wochenbettfieber.

(The British med. Journ. 15. Sept.)

Bei Gelegenheit der Jahresversammlung der British medical Association wurde in der Sektion für Geburtshilfe und Gynäkologie über das Puerperalfieber und über die Nothwendigkeit der polizeilichen Anmeldung bei dieser Erkrankung lebhaft diskutirt. Um den Schluss vorweg zu nehmen, die Versammlung hat den Beschluss gefasst, der vorgesetzten Behörde (to the Council) die allgemeine Meldepflicht bei Puerperalfieber als wünschenswerth anzuempfehlen, so wie es bei anderen Infektionskrankheiten wie Typhus, Scharlach etc. bereits Gesetz ist. Von der ausführlichen Diskussion hebe ich nur einige nteressante Punkte hervor. Berry Hart meinte, dass die iMeldung von Puerperalfieber mit Schwierigkeit verknüpft sei, erstens weil es schwer ist, sich darüber zu einigen, was man unter Puerperalfieber zu verstehen hat, zweitens weil eine Statistik stets leicht zu Irrthümern führt und drittens weil man dabei mit der Unwilligkeit der ausübenden Aerzte zu kämpfen hat. Als Puerperalfieber muss man wohl verschiedene Formen der Septicämie ansehen, verschieden durch ihren Erreger; und es ist die Frage, ob diejenigen Fälle, welche durch Gonococcus oder den Tetanusbacillus bedingt sind, nicht auch dazu zu rechnen seien. Immerhin erhält man durch die Meldung einen ungefähren Massstab für die Frequenz dieser Erkrankung; durch die Meldung ist es auch möglich, gewissenlose Hebammen oder Pflegerinnen zu ermitteln und die Obrigkeit hat es in der Hand, die geeigneten Fälle solcher Erkrankungen dem Hospital zu überweisen. Es ist klar, dass mit der Meldung allein noch wenig gethan ist, sondern dass die grösste Aufgabe der Behörde zufällt; geeignete Pflegerinnen müssen dem Arzte zur Seite gestellt werden, die Hospitäler müssen sachgemäss ausgestattet werden, Pflegerinnen und Hebammen, welche in solchem Falle allein Hilfe leisten, müssen überwacht werden und ehe sie zu einer neuen Pflege übergehen, zu gründlicher und besonderer Desinfektion gezwungen werden. Nach den statistischen Angaben von Robert Boxall ist merkwürdiger Weise trotz Antisepsis und Asepsis in den letzten sieben Jahren in England ein Zurückgehen der Erkrankung kaum nachzuweisen gewesen, denn in London sind die Todesfälle durch Puerperalfieber von 21,5 nur auf 19,2 auf 10000 Entbindungen heruntergegangen, in den Provinzen von 25,6 auf 24,1. Nach A. V. Macan ist die Ausbildung der Hebammen auf dem Lande bis jetzt sehr schlecht, so dass es geradezu selten sein soll, irgendwo daselbst eine richtig erzogene Hebamme zu finden. Der erste Schritt, um hier Hilfe zu schaffen, ist nach seiner Ansicht nicht die Meldung der Erkrankung, sondern eine gute Ausbildung von Arzt und Hebamme. John William Byers betont noch als besonders wichtig, die innere Untersuchung bei Schwangeren und Wöchnerinnen, wenn möglich, zu unterlassen und bei ihrer eventuellen Ausführung peinlichste Antisepsis anzuwenden.

Franz Meyer-Berlin.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Obergutachten, betreffend die traumatische Entstehung eines Krampfaderbruchs (Varikocele).

Auf Veranlassung des Reichs-Versicherungsamts zu Berlin wird über den Gesundheitszustand des Bergarbeiters Thomas U. aus Ch. folgendes Gutachten ausgestellt:

Patient giebt an, nie krank gewesen zu sein; er hat als Soldat gedient.

Am 5. April 1898 war er in der Grube damit beschäftigt, Bauholz abzunehmen, das an Seilen in den Schacht heruntergelassen wurde. Dabei wurde er von vier zusammengebundenen Balken an den Bauch und Hodensack gestossen, so dass er an der linken Seite des Hodensackes blutete. Er ging sogleich ins Lazareth und hat dort bis Ende April gelegen Nach vierzehn Tagen war die Wunde verheilt.

Seit dieser Zeit will U. bei jeder Arbeit krampfartige Schmerzen im Hodensack und der linken Seite des Bauches mit gleichzeitiger Anschwellung des Hodensackes haben. Auch beim Tragen eines Suspensoriums sollen sich diese Schmerzen bei schwerer Arbeit einstellen, während er leichte Arbeit mit einem Suspensorium verrichten kann.

U. ist ein kräftiger, muskulöser Mann. Die inneren Organe sind bis auf einen leichten, gut kompensirten Herzklappenfehler, der von keinerlei Bedeutung ist, gesund. Der Urin ist ohne krankhafte Bestandtheile.

Der linke Hoden hängt beim Stehen erheblich mehr herunter als der rechte, ausserdem ist er kleiner als der rechte. Neben dem Hoden fühlt man ein Konvolut von gefüllten Blutgefässen bis zum Kaliber eines kleinen Fingers. Es sind dies die den Samenstrang begleitenden Venen. Bei Hustenstössen

schwellen sie mehr an, im Liegen verschwindet ihre Füllung grossentheils. Es handelt sich also um eine sogenannte Varikocele oder Krampfaderbruch. Die geringere Grösse des linken Hodens dürfte wohl auf eine Ernährungsstörung durch Druck dieses Blutgefässkonvoluts zurückzuführen sein.

Die Beschwerden, über die U. klagt, sind auf diese Varikocele zurückzuführen, denn anerkanntermassen können derartige Beschwerden von diesen erweiterten Venen, die den mit sehr fein fühlenden Nerven ausgestatteten Samenstrang begleiten, ausgelöst werden. Andererseits können Beschwerden bei Krampfaderbruch — wie gleich hier zu bemerken — ganz fehlen.

In unserem Fall handelt es sich nun um die Frage, ob eine derartige Varikocele traumatischen Ursprungs sein kann. Vom anatomischen Standpunkt aus erscheint dies nicht recht plausibel. Ein strikter Beweis dafür wäre nur dann erbracht, wenn der betreffende Patient direkt vor und dann bald nach dem Trauma einer gründlichen Untersuchung unterzogen worden wäre. Immerhin sind Fälle von akuter Entstehung einer Varikocele nach einem Trauma beschrieben und war die Möglichkeit auch von kompetenter Seite zugegeben.

Ebenso hat das Reichs-Versicherungsamt durch eine Erkenntniss vom 20. September 1887 auf Grund eines Gutachtens des Königlichen Medizinalkollegiums zu Kassel die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung der Varikocele anerkannt.

In unserem Falle liegt die Sache so, dass eine Untersuchung des Patienten bald nach dem Unfall, im April 1898, im Knappschaftslazareth zu K. stattfand. Das diesbezügliche Gutachten des Herrn Dr. Sch. schliesst wohl einen damals bestehenden Leistenbruch mit voller Sicherheit, das damalige Bestehen eines Krampfaderbruches nur mit Wahrscheinlichkeit aus, da ein diesbezüglicher Vermerk in der Krankengeschichte fehlte. Bei der nochmaligen Untersuchung am 15. April 1899 konnte Herr Dr. Sch. einen Krampfaderbruch mittleren Grades feststellen. Zeitlich kann sich die Varikocele hiernach wohl im Anschluss an das Trauma entwickelt haben. Allerdings ist noch immer zu bedenken, dass ein einmaliger negativer Befund nicht die Abwesenheit einer Varikocele beweist, da der Füllungszustand der Varikocele zu verschiedenen Zeiten verschieden sein kann. Etwas verdächtig ist vielleicht auch, dass U. selbst bei seiner Entlassung aus dem Knappschaftslazareth das Suspensorium verlangt hat. Es macht den Eindruck, als ob er die Nützlichkeit eines solchen schon früher an sich erprobt hätte.

Wenn wir demnach einen strikten Beweis für den Zusammenhang zwischen Trauma und Entstehung des Krampfaderbruches in unserem Falle nicht erbringen können, so müssen wir doch diesen Zusammenhang als möglich ansehen.

Es kann aber noch ein anderer Zusammenhang bestehen. Der Patient kann durch den Unfall auf sein Leiden aufmerksam gemacht werden; es spielen dann nervöse Störungen eine Rolle, die oft erst eintreten, wenn der Betreffende weiss, dass irgendwo eine Abnormität bei ihm besteht.

Gerade an den Genitalien sind derartige von Haus aus harmlose, aber dadurch, dass ihr Besitzer fortwährend an sie zu denken gezwungen ist, schwere nervöse Störungen verursachende Affektionen gar nicht selten. In solchen Fällen muss man dem Unfall auch einen Einfluss zusprechen; er bedingt nicht das Leiden an sich, wohl aber die Störungen, welche die schon vorher vorhanden gewesene Affektion bedingt.

Aus diesen Gründen bin ich in Uebereinstimmung mit Herrn Geheimrath von Mikulicz, welcher den Fall wiederholt mit mir zusammen untersucht hat, der Ansicht, dass das in Rede stehende Leiden des U. als Folge des am 5. April 1898 stattgehabten Unfalls anzusehen ist.

Die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit schlage ich in Uebereinstimmung mit dem Fall H. und Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 20. September 1887 auf 20 Prozent an.

Breslau, den 27. Juli 1899.

Der Direktor der Königlichen chirurgischen Klinik.
I. V. Dr. Henle, Oberarzt der Klinik.

Mit vorliegendem Gutachten erkläre ich mich ganz einverstanden. v. Mikulicz.

Das Rekursgericht hat auf Grund des vorstehenden Obergutachtens in Verbindung mit dem Ergebnisse der sonstigen Beweisaufnahme die Ueberzeugung erlangt, dass der Krampfaderbruch (Varikocele) an der linken Seite des Hodensackes, woran der Kläger leidet, als eine Folge des Unfalls vom 5. April 1898 anzusehen ist, und deshalb unter Aufhebung der Vorentscheidungen dem Verletzten vom Beginn der vierzehnten Woche nach dem Unfall an eine Rente von 20 Prozent der Vollrente zuerkannt.

Verbrennungen in der Trunkenheit erworben. Betriebsunfall liegt vor.
Rek.-Entsch. v. 12. Dezember 1899.

Der Schmiedegeselle Johann L. erlitt am 25. November 1899 auf der Zeche Amalia eine Verbrennung des rechten Armes, der Brust und des Rückens. Der Sektionsvorstand lehnte die Gewährung einer Unfallrente ab, weil L. die Verletzung nicht bei seiner Beschäftigung im Betriebe erlitten habe, sondern während des Schlafes, in welchen er in Folge Alkoholgenusses verfallen war; der Unfall stelle sich demnach nicht als ein entschädigungspflichtiger im Sinne des § 1 des Unfallversicherungsgesetzes dar. Auf die Berufung hin hat das Schiedsgericht dem Kläger bis auf Weiteres die volle Rente zuerkannt. Hiergegen hat die Berufsgenossenschaft Rekurs eingelegt und zur Begründung ausgeführt, dass ein Arbeiter, der in Folge von Trunkenheit in einem Betriebsraume einschlafe, dadurch aus seiner Betriebsthätigkeit heraustrete, und dass eine Verletzung, die er sich in diesem Zustande während einer von ihm selbst veranlassten, nicht durch den Betrieb bedingten Unterbrechung der Betriebsthätigkeit zuziehe, nicht mit dem Betriebe in ursächlichem Zusammenhange stehe. Ermüdet von der Arbeit könne der Kläger nicht gewesen sein, da er die Schicht um 6 Uhr Abends begonnen und nur bis $11^1/_2$ Uhr, also $5^1/_2$ Stunden, gearbeitet habe. Der Rekurs wurde zurückgewiesen. Gründe:

Der ursächliche Zusammenhang mit dem Betriebe ist im vorliegenden Falle dadurch gegeben, dass der Kläger während der Arbeitszeit auf der Betriebsstätte unter Mitwirkung von Betriebseinrichtungen — dem Schmiedefeuer — verunglückt ist (zu vergleichen Rekursentscheidung 1741, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1899 S. 225.) Es mag richtig sein, dass Kläger, abgesehen von der naturgemässen Ermüdung, die eine $5^1/_2$stündige Arbeitszeit mit sich bringt, hauptsächlich in Folge des übermässigen Schnapsgenusses schläfrig geworden ist, sich deshalb hingesetzt hat und eingeschlafen ist, und dass er durch dies Verhalten seine Verletzung gewissermassen selbst verschuldet hat. Durch diesen Umstand wird aber die Entschädigungspflicht der beklagten Berufsgenossenschaft nicht ausgeschlossen, denn auch für die Folgen der durch Leichtsinn oder durch grobes Verschulden der Arbeiter herbeigeführten Betriebsunfälle soll nach der Absicht des Gesetzgebers Entschädigung gewährt werden. Der Anspruch auf die letztere ist laut § 5 Absatz 7 des Unf.-Vers.-Ges. nur im Falle der vorsätzlichen Herbeiführung des Unfalles ausgeschlossen (zu vergleichen Handbuch für Unfallversicherung, Anmerkung 39 zu § 1).

Dass der Kläger, der sich offenbar neben dem Schmiedefeuer hinsetzte, um für kurze Zeit auszuruhen, etwa beabsichtigt hat, die Arbeit für längere Zeit zu unterbrechen, ist weder behauptet worden, noch nach der Lage der Sache anzunehmen. (Compass.)

Nervöse Unfallfolgen.

Entscheidung vom 27. Juni 1900.

Der Arbeiter G. B. aus Neu-W. erhielt in Folge eines am 12. Dezember 1898 erlittenen Betriebsunfalls von der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft seit dem 12. April 1899 eine Rente in Höhe von 25 pCt. der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Durch Bescheid der Genossenschaft vom 14. Aug. 1899 wurde die Zahlung der Rente vom 1. September ab eingestellt, weil nach dem Gutachten des Sanitätsraths Dr. H. vom 10. August 1899 eine Erwerbsunfähigkeit nicht mehr vorliege. Auf die rechtzeitig erhobene Berufung ist im schiedsgerichtlichen Verfahren ein Gutachten des Bezirksphysikus Sanitätsraths Dr. L. vom 28. November v. J. eingeholt. Nach diesem Gutachten ist eine Besserung in dem Zustande des Klägers insofern anzunehmen, als bei diesem jetzt Arbeitsgewöhnung eingetreten sein muss. Der Gutachter hält den Kläger seit dem 1. September 1899 für nicht mehr erwerbsbeschränkt, erklärt aber, dass er dieses Gutachten einschränke, wenn thatsächlich festgestellt werden würde, dass der Kläger gegenwärtig aus dem Grunde weniger Lohn als vor dem Unfall erziele, weil er Arbeiten unter besonders erschwerenden Umständen nicht aushalten könne. Das Schiedsgericht hat dieser Einschränkung des Gutachtens trotz der Auskunft der Arbeitgeberin vom 8. Dezember 1899 keine Folge gegeben, weil die Höhe der etwa zu gewährenden Rente bei Aufstellung eines derartigen Grundsatzes lediglich von dem guten Willen des Verletzten abhängig sein würde. Das Gericht hat vielmehr auf Grund des persönlichen Erscheinens des Klägers im Termin und der übereinstimmenden Gutachten beider Aerzte, wonach bei dem Kläger objektive, erwerbsbeschränkende Wahrnehmungen nicht zu machen sind, die Ueberzeugung gewonnen, dass der Kläger vollkommen erwerbsfähig ist. Die Berufsgenossenschaft war somit zur Einstellung der Rechte berechtigt. Gegen diese Entscheidung legte B. Rekurs mit dem Antrage ein, ihm die frühere Rente wieder zuzubilligen. Das Reichs-Versicherungsamt änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Erwägungen ab: Das Rekursgericht hat auf Grund der ärztlichen Gutachten des Sanitätsraths Dr. H. vom 10. August 1899 und des Sanitätsraths Dr. L. vom 28. November 1899 zwar für festgestellt erachtet, dass seit der früheren Rentenfestsetzung in dem mit dem Unfall im Zusammenhange stehenden Zustande des Klägers eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Es kann jedoch nach dem Inhalt der Akten kein Zweifel darüber bestehen, dass immer noch nervöse Störungen vorhanden sind, insbesondere die Nachröthung der Haut bei Streichung derselben, die seinerzeit für die Gewährung einer Rente an den Kläger wesentlich mitbestimmend war. Die Klagen des Verletzten, dass er bei besonders schweren Arbeiten Schwindel und Kopfschmerzen habe, erscheine deshalb glaubhaft. Mit Rücksicht hierauf hat das Rekursgericht die völlige Einstellung der dem Kläger bisher gewährten Rente nicht billigen können, vielmehr ist für angemessen erachtet worden, ihm noch eine Rente in Höhe von 15 pCt. zu belassen. M.

Grad der Erwerbsverminderung bei Verlust zweier Glieder des Mittelfingers der rechten Hand.

Rek. Entsch. v. 17. März 1900.

Am 14. April 1899 wurde dem Schlepper Aloysius E. auf Grube Dudweiler der rechte Mittelfinger zertrümmert, wodurch er die beiden vorderen Glieder desselben einbüsste. Nach dem Gutachten des Lazarettharztes Dr. B. vom 14. August 1899 ist der Fingerstumpf gut mit Weichtheilen bedeckt, die Narbe über demselben reizlos und nicht druckempfindlich; das Grundglied ist frei beweglich, auch sonst liegen keinerlei auf die Erwerbsfähigkeit des Verletzten in störender Weise einwirkende Folgen der Verletzung vor. Der Sektionsvorstand lehnte daher den Anspruch auf Unfallrente ab. Die hiergegen erhobene Berufung wurde vom Schiedsgericht verworfen, weil E. sowohl nach der Ansicht des Dr. B. als auch des Gerichts in seiner Erwerbsfähigkeit nicht gehindert sei. Das R.-V.-A. konnte sich der Auffassung der Vorinstanzen, dass ein Arbeiter durch den Verlust zweier Glieder des Mittelfingers der rechten Hand in seiner Erwerbsfähigkeit nicht gehindert werde, nicht anschliessen, es hat vielmehr den Kläger für um 10 Prozent in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt angesehen. (Compass.)

Zehn Prozent für zwei Fingerglieder.

Rek.-Entsch. v. 30. April 1900.

Am 7. Februar 1899 erlitt der Fleischerlehrling M. H. einen Unfall dadurch, dass er am Wolfe mit Wurstfüllen beschäftigt war, mit der rechten Hand in Folge deren Fettigkeit abglitt und in den Wolf gerieth, wodurch ein Finger gequetscht wurde. Zeugen des Unfalls konnte H. nicht angeben. Nachdem H. einige Zeit im Krankenhause zu L. behandelt worden war, erstattete der Anstaltsarzt Dr. St. ein Gutachten, in welchem u. A. Folgendes ausgeführt wurde: H. seien durch eine Fleischmaschine die zwei letzten Glieder des rechten Mittelfingers zerquetscht worden; nach Auslösung der Glieder sei eine sehr gute Verheilung eingetreten und eine nach allen Seiten bewegliche, an darunter liegenden Knochen nicht festhaftende Narbe zurückgeblieben. H. klage nicht über dauernde Schmerzen, sondern nur darüber, dass er ein Kalb oder einen Hammel nicht mehr abladen könne, weil ihm dies an dem stehengebliebenen Fingerstumpf zu starke Schmerzen verursache. Die Angabe scheine begründet, weil er die Narbe bei dieser Thätigkeit fortdauernd stosse und dadurch reize, was wohl zu Schmerzen Veranlassung geben könne. Im Uebrigen seien Temperaturunterschiede und ein Wechsel von Nässe und Trockenheit ohne Einfluss auf die Narbe. Eine Veränderung im Verhalten der Narbe lasse sich auch in Zukunft nicht mehr erwarten. Die Fleischerei-Berufsgenossenschaft lehnte es darauf ab, dem Verletzten eine Rente zu gewähren, da Unfallfolgen nicht mehr in dem Grade vorhanden seien, dass die Erwerbsfähigkeit beschränkt erscheine. Gegen diesen Bescheid legte H. Berufung beim Schiedsgericht ein, welches indessen die Berufung des Verletzten als unbegründet abwies, indem ausgeführt wurde, der Verlust der beiden Glieder möge für H. eine Unbequemlichkeit bilden, doch sei nicht anzunehmen, dass er wegen dieses Verlustes in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt sei. Diese Entscheidung focht H. durch Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt an und verlangte eine Rente in Höhe von 25 pCt.; er machte begründend geltend, bei Berührung empfinde er Schmerzen im Fingerstumpf, er könne Ochsen nicht schlagen und Vieh nicht führen. In Folge eingetretener Ungeschicklichkeit habe er sich jetzt schon wieder eine Handverletzung zugezogen. Das Reichs-Versicherungsamt erachtete auch den Rekurs des Verletzten für begründet und sprach ihm unter Vernichtung der Vorentscheidung eine Rente von 10 pCt. zu. M.

Die Verunstaltung der Hand allein giebt keinen Anspruch auf eine Entschädigung.

Rek.-Entsch. v. 13. Dezember 1899.

Am 6. Oktober 1898 erlitt der Hauer Karl J. aus Heiligenwald auf der Grube Reden einen Bruch des rechten Armes, sowie einen Bruch des Mittel- und Ringfingers der linken Hand und erhielt von der Berufsgenossenschaft für die Folgen des Unfalles eine Rente von 30 Proz. Mit Ende Juni 1899 stellte der Sektionsvorstand die Rente ein. Auf die Berufung des Verletzten hin hat das Schiedsgericht eine Rente von 10 Proz. weitergewährt. Der hiergegen von der Berufsgenossenschaft erhobene Rekurs hatte Erfolg, indem der Sektionsbescheid wieder hergestellt wurde. Gründe:

Das R.-V.-A. kann, im Gegensatz zum Schiedsgericht, eine Beschränkung des J. in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr für gegeben erachten. Die Aerztekommission hat in ihrem Gutachten vom 8. Juni 1899 festgestellt, dass die Folgen des Unfalls bis auf den Verlust des Endgliedes und eines Drittels des Mittelgliedes am linken Mittelfinger und der Hälfte des Endgliedes am Ringfinger beseitigt sind. Da der Aerztekommission auch der Sanitätsrath Dr. F. angehörte, der den J. früher untersucht hatte, so hat das R.-V.-A. gegen die Zuverlässigkeit dieser Feststellung kein Bedenken, zumal sie von J. nicht angefochten und auch vom Schiedsgericht nicht in Zweifel gezogen ist. Die Streitfrage ist lediglich, ob die geringen Substanzverluste am Mittel- und Ringfinger der linken Hand eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zur Folge haben. Das R-V.-A. hat sich hier der Auffassung der Berufsgenossenschaft anschliessen müssen, weil die Erfahrung gelehrt hat, dass solche Verluste, namentlich wenn sie die linke Hand und die weniger wichtigen mittleren Finger betreffen, die Arbeitsfähigkeit der Hand nicht oder doch nur ganz unwesentlich beeinträchtigen und keine Einbusse am Arbeitsverdienst verursachen. Hierauf kommt es aber nach dem Gesetze an; die Verunstaltung der Hand allein giebt noch keinen Anspruch auf eine Entschädigung. Da seit dem Unfall bis zur Einstellung der Rente etwa ein halbes Jahr verflossen ist, J. also auch Zeit gehabt hat, sich an den Zustand der Hand zu gewöhnen, und da er nach der Auskunft der Grubenverwaltung vom 22. Juli 1899 seine Arbeit vollständig verrichtet, so liegt zur Weitergewährung einer Rente kein Grund vor. (Compass.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Peiper-Greifswald, Prof. E., Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen. Louis Markus. Berlin 1900.

In dem kleinen Heft ist alles zusammengefasst, was über dieses bisher wenig beachtete Kapitel veröffentlicht wurde, eine grössere Anzahl von Abbildungen sollen gegebenen Falles die Artbestimmung der Parasiten erleichtern. Neben manchem ungelösten Problem bietet der Verf. 2 schärfer begrenzte Typen von Myiasis (μυῖα=Fliege), von denen die eine durch Oesteriden hervorgerufene Erkrankung einen harmlosen Verlauf nimmt. Genaue Studien an Rindern geben über die Entwickelung der einzeln den Körper des Wirths durchwandernden Larven Aufschluss, welche 9 Monate lang zu ihrer Entwickelung gebrauchen, bis sie als sogen. Dasselbeule auf der Haut zur Beobachtung gelangen. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass diese Larven auf ihrer Wanderung auch gewohnheitsmässig die Rückenmarkshöhle zu erreichen scheinen, ohne dadurch bisher Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems gezeitigt zu haben. Wesentlich gefährlicher ist die zweite, durch Musciden hervorgerufene Form von Myiasis, welche in 50—64 Prozent tötlich endet. Die Larven werden in grosser Anzahl auf eiternde Wunden oder mit Vorliebe in Nase oder Ohr von Menschen abgesetzt, welche an chronischen Entzündungen dieser Organe leiden (Ozäna). In wenigen Tagen ist die Entwickelung dieser ungemein gefrässigen Parasiten vollendet, nachdem sie in unheimlich kurzer Zeit unglaubliche Zerstörungen angerichtet haben, selbst vor Knochen machen sie nicht Halt; nur energisches, operatives Eingreifen kann bei rechtzeitiger Diagnose retten, sonst ist Verjauchung des erkrankten Gewebes und Tod durch Sepsis fast unvermeidlich. Interessante historische Mittheilungen lassen erkennen, wie sehr diese Erkrankung von einem niederen Kulturzustand und Mangel an Reinlichkeit abhängt. Weniger kommt dies in Frage, wenn die Parasiten statt durch die Haut einzudringen in den Verdauungstraktus gelangen. Die interessanten Befunde, in welchen alle möglichen Insektenlarven vorkommen, haben eine eminent praktische Bedeutung, da der Infektionsmodus durch Genuss schlecht verwahrter Nahrungsmittel und vor allem durch Trinken von Bachwasser ein alltägliches Vorkommniss ist. Verf. glaubt eine grosse Zahl von Kolikanfällen darauf zurückführen zu müssen und verlangt eine Verbesserung unserer Diagnostik durch genauere Inspektion der Faeces. Trotz gelegentlich ernster Erkrankungen ist die Prognose bei innerem Parasitismus eine günstige. Marcinowski.

Brennecke, Kritische Bemerkungen zu den Verhandlungen der XVI. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins über die Reform des Hebammenwesens. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 1900. Preis M. 1.20.

Der bekannte Vorkämpfer auf dem Gebiete der Hebammenreform wendet sich in der vorliegenden Brochüre gegen die von Langerhans in seinem Referat auf der XVI. Hauptversammlung des Medizinalbeamtenvereins über die Vor- und Ausbildung der Hebammen aufgestellte These „Gute Volksschulbildung ist für die Hebammenschülerin ausreichend, aber auch erforderlich", indem er seine Forderungen dahin zusammenfasst, dass eine gesetzliche Neuordnung des Hebammenwesens dringend geboten sei und dass es im Wesentlichen gilt, Verhältnisse zu schaffen, die geeignet sind, dem Hebammenberuf reifere, moralisch und intellektuell höherstehende Kräfte als bisher zuzuführen. Zu diesem Zweck erachtet es Brennecke und die von der Aerztekammer der Provinz Sachsen zur Durcharbeitung der Vorlage niedergesetzte Kommission für erforderlich, dass die geistige Qualifikation zur Theilnahme am Hebammenlehrkursus durch erfolgreiche Absolvirung einer höheren oder mittleren Töchterschule für erwiesen gelten soll, während die Zulassung von Personen mit minderwerthiger Schulbildung von dem Ergebniss einer sorgfältigen und strengen Vorprüfung, die vor dem Rektor einer mittleren Töchterschule in Gegenwart eines Kreisphysikus und eines Hebammenschuldirektors abzulegen ist, abhängig gemacht werden soll.

Dass eine Reform in diesem Sinne bisher nicht erfolgt sei, daran trägt nach Brennecke ausser der Geldfrage, die vor einer durchgreifenden und dem dringenden Bedürfniss gerecht werdenden Regelung des Hebammenwesens zurückschrecken lässt, der ärztliche Stand einen Theil der Schuld, insofern das Streben der Aerzte nach den im Westen gemachten Erfahrungen dahin zu gehen scheint, die Hebammen aus den wohlhabenderen Bevölkerungskreisen zu verdrängen und sich selbst an ihre Stelle zu setzen, während unwissenden Wärterinnen die Vertretung übertragen wird. Den hieraus entstehenden Uebelständen zu begegnen, würde zunächst zu, verlangen sein, dass ebenso wenig wie die Hebamme der Geburtshelfer eine Kreissende verlassen darf, ehe nicht jede Gefahr beseitigt ist, d. h. die Geburt beendet ist. (Ref.) Darüber hinaus wird man Brennecke darin beistimmen müssen, dass

wie diese Vorkommnisse beweisen, in grossen Kreisen der Bevölkerung sich das Bedürfniss nach höher gebildeten Elementen für den Hebammenberuf geltend macht. Wenn wir es dahingestellt sein lassen, ob eine Abhülfe nach dieser Richtung nur durch ein gesetzliches Einschreiten zu erreichen sein oder ob die Macht der Verhältnisse hier, wenn auch nur langsam, Wandel schaffen wird, jedenfalls wird bis zur Erreichung dieses Ziels eine bessere Auswahl der Hebammenschülerinnen bei möglicht gründlicher Ausbildung und vor Allem eine Hebung der sozialen und wirthschaftlichen Stellung der Hebammen gefordert werden müssen. Roth (Potsdam.)

Sechzehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der Hygiene, begründet von weiland Professor **J. Uffelmann.** Jahrgang 1898, herausgegeben von **A. Pfeiffer.** Supplement zur Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Bd. 31. Braunschweig, Druck und Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn. 1900. Preis 9 Mark.

Der bekannte, für den Hygieniker unentbehrliche, zuerst von Uffelmann, dann von Wehmer bearbeitete Jahresbericht hat, wie der Titel lehrt, inzwischen den Herausgeber gewechselt. Bei einer Durchsicht des vorliegenden Jahresberichts überzeugen wir uns, dass diese Aenderung nur eine äusserliche und dass der Geist der Gründlichkeit derselbe geblieben ist, wie bei den vorangegangenen Jahresberichten; auch ist die bewährte Eintheilung der früheren Berichte beibehalten. Besondere Anerkennung verdient es, dass trotz der von Jahr zu Jahr mehr und mehr anschwellenden Hygiene-Literatur der Umfang des vorliegenden Jahresberichts hinter dem des Jahres 1897 um $1^1/_2$ Bogen zurückgeblieben ist. Dies war nur möglich, wenn die Uebersicht nach Möglichkeit auf die wichtigsten Literatur-Erscheinungen auf dem weiten Gebiet der Hygiene beschränkt wurde. Mit dieser Einschränkung ist die Uebersicht trotz der gebotenen Kürze eine durchaus erschöpfende, wie eine Durchsicht der einzelnen Kapitel erkennen lässt. Mit dem Herausgeber haben die bewährten früheren Mitarbeiter — neu ist nur der Stadtbaurath a. D. Brix an Stelle des Professor Büsing eingetreten — dazu beigetragen, dass das reichhaltige Material in übersichtlicher Form zur Darstellung gebracht und dass die Berichterstattung durchweg eine einheitliche geblieben ist.

Hiernach steht zu erwarten, dass, wie die vorausgegangenen, auch der vorliegende Jahresbericht sich als willkommener und unentbehrlicher Führer auf dem weiten Gebiet der Hygiene-Literatur erweisen wird. Hoffentlich gelingt es dem sachgemässen Zusammenarbeiten aller Betheiligten, zukünftig ein früheres Erscheinen des Jahresberichts zu ermöglichen.

Roth (Potsdam).

Tagesgeschichte.

Eine Lücke im Strafgesetzbuch.

Ueber eine Massenabgabe von Morphium berichtet der Intern. Pharm. Gen.-Anz. folgendes: Ein Drogist F. in G. hatte an zwei junge Mädchen daselbst grosse Mengen Morphium abgegeben, wofür er angeblich im Ganzen 800 Mark gefordert hat. Als die Mädchen zur Entziehung in eine Heilanstalt geschickt wurden, sandte er ihnen auf Wunsch das Gift auch dorthin und wünschte „viel Glück zur Kur". Wegen fahrlässiger Körperverletzung und Uebertretung des § 367 III St.-G.-B. (Wer ohne polizeiliche Erlaubniss Arzneimittel oder Gifte verkauft u. s. w.) wurde er mit 400 Mark Geldstrafe belegt. Im Gefühl seiner Unschuld legte er Revision ein, die aber vom Reichsgericht verworfen wurde. Später hat sich dann herausgestellt, dass der betr. Herr auch sonst mit der Gesundheit seiner Kunden allerlei gefährliche Experimente machte: Er fertigte Rezepte, noch dazu unter Verwendung gefährlicher Stoffe, verwahrte in einem Schrank Giftweizen neben Bonbons, etc. Schliesslich wurde ihm vom Bezirks-Ausschuss auf Antrag der Polizeiverwaltung der Handel mit Drogen und chemischen Präparaten, die zu Heilzwecken dienen, untersagt. Das Oberverwaltungsgericht hat dies Erkenntniss bestätigt.

Wir erzählen den Fall nicht als Kuriosum, sondern weil er von grundsätzlicher Bedeutung ist: Ein Mensch, der die Bedeutung der Gifte kennt, kennen muss, unterstützt aus schnöder Geldgier die krankhaften Begierden morphiumsüchtiger Mädchen, er verhindert selbst die angestrebte Heilung durch heimliche Giftsendungen und spielt auch noch in anderer Weise frevelhaft mit dem Leben seiner Mitmenschen. Wenn die Morphiumabgabe unentdeckt bleibt, sind 800 Mark der Lohn — und wenns entdeckt wird, muss der aus Gewinnsucht fahrlässige Vergifter 400 Mark Geldstrafe zahlen! Ein einfaches Rechenexempel für den, der in Versuchung ist, es Herrn F. in G. gleichzuthun! Gewiss ist ja durch die Entziehung der Konzession nachträglich die Geldstrafe sehr verschärft worden, aber der geriebene Händler wird es fertig bringen, sich auch dafür schadlos zu halten.

Wenn es nun in einem so krassen Falle, bei wissentlicher Gesundheitsbeschädigung, nach den bisherigen Gesetzen nicht angeht, den Thäter anders als an seinem Vermögen zu strafen, so muss eine Unvollkommenheit des Strafgesetzes bestehen. Dem Wortlaut nach mag der Richter in solchem Thun nur eine „fahrlässige Körperverletzung" finden dürfen, der That nach liegt ein viel schwereres Verbrechen vor, für das wir zwar keinen Ausdruck im Strafgesetzbuch, wohl aber eine Parallele im Nahrungsmittelgesetz finden: Wer wissentlich Nahrungs- oder Genussmittel, deren Genuss geeignet ist, die Gesundheit zu schädigen, feilhält oder verkauft u. s. w., wird unweigerlich mit Gefängniss, unter Umständen ausserdem mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bestraft.

Ja noch weiter: Ist durch die Handlung eine schwere Körperverletzung oder der Tod eines Menschen verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe bis zu 5 Jahren ein (Nahrungsmittelgesetz § 12).

Wenn also ein Fleischer wissentlich trichinöses Fleisch verkauft, durch dessen Genuss ein Mensch in Siechthum verfällt (schwere Körperverletzung!), so kommt er ins Zuchthaus. Ist der Drogist, der durch unerlaubte Abgabe von Morphium eine in ernsten Fällen sicherlich als Siechthum zu bezeichnende Krankheit bei seinen verblendeten Kunden wissentlich hervorruft, ja sogar die Heilung der Krankheit hinterlistig zu verhindern bestrebt ist, besser als jener Fleischer? Nicht im Geringsten. Er ist schlimmer, denn jener kann sich wenigstens noch einreden, die Leute werden das Fleisch kochen und dadurch die Trichinen töten, dieser aber weiss genau, dass die Gesundheitsbeschädigung eintreten wird.

Was den gewissenlosen Nahrungsmittelhändlern recht ist, sollte den gewissenlosen Arzneimittelhändlern billig sein. Dann wäre die Lücke im Strafgesetz, die wir meinen, ausgefüllt.

Die neuen Schiedsgerichte.

In der Novelle zu den Unfallversicherungsgesetzen vom 30. Juni 1900 wird der Zeitpunkt, von welchem ab die Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung an die Stelle der bisherigen nach Berufsgenossenschaften errichteten Schiedsgerichte zur Entscheidung von Streitigkeiten aus der Unfallversicherung treten, mit Zustimmung des Bundesraths durch kaiserliche Verordnung bestimmt. Die Bundesregierungen sind im Juli ersucht worden, die Vorbereitungen so zu treffen, dass die Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung am 1. Janur 1901

in Thätigkeit treten können. Dem Bundesrath ist jetzt der Entwurf einer entsprechenden Verordnung zugegangen. Voss. Ztg.

Centralstelle für Untersuchungen über Wasserversorgung und Abfallbeseitigung.

Nachdem von Seiten verschiedener Privater und Institute einzelne Berichte und Gutachten über die obengenannten Gegenstände durch die Medizinalabtheilung des Kultusministeriums eingefordert worden sind, hat sich die Zweckmässigkeit einer festen staatlichen Einrichtung für Untersuchungen über Wasserversorgung und Abfallbeseitigung herausgestellt. Die Mittel für solch ein Institut sollen nach Meldungen der Tagesblätter schon in den nächsten Medizinaletat eingestellt werden. Die Anstalt soll die betr. Anlagen nicht nur prüfen, sondern auch überwachen, in den einschlägigen Fragen Rath ertheilen und Vorschläge für Verbesserung der bisher giltigen Methoden ausarbeiten. An ihr werden Aerzte, Chemiker, Techniker und Botaniker thätig sein.

Die Pest.

Während der Glasgower Pestherd zu keiner weiteren Ausbreitung der Krankheit in England geführt hat, ist am Ende des vorigen Monats ein neuer, glücklicher Weise sofort erkannter Fall auf einem in London eingelaufenen Schiffe vorgekommen. Auch diesen gelang es isolirt zu erhalten. Am 27. Oktober kam ferner in Bremerhafen ein pestkranker Seemann an. Er starb am 5. November in der Isolirbaracke. Weitere Erkrankungen sind nicht gemeldet.

Die neue Promotionsordnung.

Die versprochene Vereinbarung zwischen den Bundesstaaten hinsichtlich der Erlangung des Doktorgrades ist nunmehr getroffen. Die neue Promotionsordnung liegt uns vor.

Sie bietet manches, was auf preussischen Universitäten schon lange üblich war, vor allem die Bestimmung, dass der Doktorgrad nur auf Grund einer durch den Druck veröffentlichten Dissertation, und in der Regel nur nach vollendeter Staatsprüfung erworben werden kann, sodass ein Missbrauch des Doktortitels verhütet ist.

Neu dagegen ist die Frage des Doktor-Examens geordnet. Dasselbe soll für die Ausnahmefälle, in denen der Kandidat noch nicht die Staatsprüfung abgelegt hat — solche sind bei einstimmigem Beschluss der Fakultät, Genehmigung der Aufsichtsbehörde und Beibringung gewichtiger Gründe zulässig — ein wahres „Rigorosum", bei den normalen Doktoranden nur ein offenbar mehr gemüthliches „Colloquium" sein.

Das Colloquium wird vom Dekan und zwei Mitgliedern der Fakultät abgehalten, beschränkt sich auf je eine Viertelstunde bei jedem Examinator, und hat mehr die wissenschaftliche als die praktische Medizin zum Gegenstand.

Das Rigorosum wird von 7 Professoren abgehalten und umfasst eine praktische Prüfung in innerer Medizin, Chirurgie und Frauenheilkunde — Geburtshilfe, eine eingehende theoretische in normaler und pathologischer Anatomie, Physiologie und Hygiene — ein Staatsexamen in nuce.

Die glanzvollen Censuren werden durch die Neuordnung wesentlich eingeschränkt. „Gut" (cum laude) oder „sehr gut" (magna cum laude) darf nur auf Grund besonders tüchtiger Dissertationen ertheilt werden. Für die Ausnahme-Candidaten ist selbst das einfache „bestanden" (rite) daran gebunden, dass sie $^3/_4$ der Stimmenzahl, darunter die der Praktiker unter den Examinatoren, für sich haben. „Summa cum laude, „ausgezeichnet" giebt es nur noch bei einstimmigem, von der Fakultät genehmigtem Beschluss der Examinatoren.

Ob ein feierlicher Promotionsakt erfolgt, scheint wie bisher den einzelnen Universitäten anheimgestellt zu bleiben.

Eine „Reformation" kann man die Neuordnung in so fern nennen, als dadurch eine sachlich unbegründete, aber praktisch bedeutungsvolle Verschiedenheit unter den Deutschen Hochschulen beseitigt wird.

In einem Punkte freilich vermisst man schmerzlich die Spuren einer Neuordnung, und zwar in einem, der für Manchen der wichtigste ist: in der Geldfrage. Noch allgemeiner als bisher — denn die gedruckte Dissertation ist theuer — werden die minder Bemittelten dem Doktorgrade ferngehalten werden, mögen sie wissenschaftlich noch so bedeutend sein. Die neue Promotionsordnung spricht nur an einer Stelle von den Gebühren, nämlich bei den Ausnahmekandidaten, die vor vollendeter Staatsprüfung Doktor werden. Obgleich diese nur bei „gewichtigen Gründen" überhaupt zugelassen werden, sollen sie eine um 50 Prozent höhere Gebühr, als die Normalprüflinge, nicht unter 450 Mark, erlegen. Wozu diese besondere Verschärfung, ist uns nicht klar geworden.

Von Herrn Dr. Georg Müller geht uns mit der Bitte um Veröffentlichung, der wir gern willfahren, folgender

Offene Brief
an sämmtliche Spezialärzte für Orthopädie zu.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Auf keinem Spezialgebiete der ärztlichen Thätigkeit ist das Kurpfuscherthum derartig anmassend, als auf dem Gebiete der Orthopädie.

Marktschreierische Annoncen, die ganze Spalten der gelesensten Zeitungen füllen, erklären dem kritiklosen Publikum, dass sie, die von Hause aus Schlossermeister, Masseusen oder dergleichen sind, in ihren staatlich konzessionirten Heilanstalten im Stande seien, orthopädische Leiden zu heilen, und laden die Patienten ein, ihre Sprechstunden zu besuchen, die sie im Herumziehen abhalten. Die Redaktionen dieser Zeitungen unterstützen solchen Unfug in ihrem redaktionellen Theil aus Dankbarkeit für die Tausende, die für Inserate von jenen Leuten in ihre Tasche fliessen.

Immer und immer wieder liest der Laie unwidersprochen diese grosssprecherischen Inserate, und da er nicht weiss, dass unsere Standesehre es nicht zulässt, jenen Kurpfuschern in einer Inseratenfehde entgegenzutreten, glaubt er allmählich an die Richtigkeit dieser Anpreisungen, und meint schliesslich, dass wir Aerzte von all diesen Dingen nichts verständen, oder dass wir uns mit denselben nicht beschäftigen wollen.

Was heute die Orthopädie erleidet, wird morgen die Chirurgie, die Gynäkologie, kurz allmählich die gesammte Medizin erdulden müssen, denn die Grossmacht „Presse" unterstützt aus Egoismus das inserirende Kurpfuscherthum, und der Staat lässt es ruhig gewähren.

Gesetze helfen gegen das Kurpfuscherthum wenig. Nur Aufklärung des Publikums kann helfen. Der Staat, der hierzu am Berufensten wäre, hat bis jetzt nicht eingegriffen, und lässt einen ehrenwerthen Stand von jedem Schlossermeister oder Masseur beschimpfen. Wir müssen deshalb zur Selbsthilfe greifen. Treten wir vereint den anmassenden Anpreisungen jener Leute entgegen, so fällt das Odium weg, als wolle der einzelne für sich dabei etwas herausschlagen.

Ich bitte deshalb alle Spezialärzte für Orthopädie, welche mit mir in obigen Ausführungen eins sind, mir ihre Adresse zu senden. Wir wollen dann gemeinsam berathen, wie wir das Publikum über die Täuschungen jener Leute aufklären.

Mit kollegialer Hochachtung

Dr. Georg Müller
Spezialarzt für Orthopädie
Berlin N., Johannisstr. 14/15.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. | № 23. | Ausgegeben am 1. Dezember.

Inhalt:

Einleitung in den Unterricht über Unfallheilkunde.

(Antrittsvorlesung, gehalten am 8. November 1900.)

Von
Professor Dr. **M. Litten**.

So lange es eine Ausübung der ärztlichen Thätigkeit giebt, so lange giebt es naturgemäss auch eine ärztliche Würdigung der mit Unfällen in Zusammenhang stehenden Erkrankungen. Die Unfallheilkunde als besonderer Zweig der ärztlichen Wissenschaft hat sich aber erst in den letzten Jahren herausgebildet. Im Gegensatz zu den anderen Gebieten der klinischen Medizin, die, wie die innere Medizin, die Neurologie, die Psychiatrie, Ophthalmologie, Laryngologie etc. die Erkrankungen bestimmter Organe und Organgruppen umfassen, der pathologischen Anatomie, der Erforschung der durch die verschiedenen Krankheiten bedingten Organveränderungen, der Bakteriologie, der Erforschung bestimmter Krankheitserreger, umfasst die Unfallheilkunde die Erkrankungen sämmtlicher Organe des menschlichen Körpers von dem Gesichtspunkt einer einzigen bestimmten Ursache aus, — dem Unfall.

Diese Absonderung der durch Unfall bedingten Erkrankungen von dem Gesammtgebiet der Medizin findet ihre Ursache in der sozialen Gesetzgebung verschiedener Staaten. Die soziale Gesetzgebung ist aus der Einsicht hervorgegangen, dass die Wohlfahrt der Gesammtheit der Staatsbürger abhängig ist von dem Wohlergehen des Einzelnen, dass die Gesammtheit um so besser gestellt ist, je besser der Einzelne wirthschaftlich dasteht. Nur ein kleiner Bruchtheil der Staatsbürger ist in der Lage, wirthschaftlichen Fährnissen aus eigener Kraft oder mit eigenen Mitteln zu begegnen; die grosse Masse, insbesondere die wirthschaftlich Abhängigen, vor allem die Arbeiterbevölkerung, die nur dann ein auskömmliches Einkommen haben, so lange sie Arbeit haben, und deren Einkommen meist nur zur Bestreitung der nothwendigsten Lebensbedürfnisse eben ausreicht, fällt der Armuth und dem Elend anheim, wenn die Grundlage ihrer Erwerbsfähigkeit, d. h. ihre Gesundheit, Schaden erleidet. Diesem zu begegnen, ist ein wesentlicher Zweck der sozialen Gesetzgebung.

Die zu lösende Aufgabe ist, wie leicht zu übersehen, eine riesengrosse. Sehen wir von den Bemühungen antiker Staatengebilde, die, wie z. B. in der mosaischen Gesetzgebung hervorragende soziale Einrichtungen aufwiesen, ab, so sind von den modernen Staaten nur sehr wenige, und auch diese erst in den allerletzten Dezennien, an diese Aufgabe herangetreten

Bei weitem am Meisten ausgebildet ist die soziale Gesetzgebung in Deutschland, und wenn sie auch zum grossen Theil die Bewunderung und vielfach auch den Neid anderer Staaten erregt, so geht daraus nur hervor, wie unendlich weit diese letzteren noch zurück sind. Je länger unsere diesbezüglichen Gesetze in Wirksamkeit sind, und je deutlicher ihre Erfolge offenkundig werden, um so grösser wird auch die Erkenntniss von den Lücken, die sie darbietet, und deren Ausfüllung unerlässlich ist. Trotz dieser Lücken aber hat die vom Deutschen Reiche erlassene soziale Gesetzgebung seit ihrem Bestehen bereits unendlichen Segen gestiftet und die Grundlage zu einer Besserung derzeit noch unbefriedigender Verhältnisse für die Zukunft geschaffen.

Die soziale Gesetzgebung des Deutschen Reiches nimmt ihren Anfang mit der historisch wichtigen Botschaft Kaiser Wilhelm des Ersten vom 17. November 1881, in welcher zuerst die staatliche Verpflichtung anerkannt wurde, dafür Sorge zu tragen, dass jeder innerhalb der Grenzen des Staates beschäftigte Arbeiter, gleichgiltig, ob Deutscher oder Ausländer, gegen die Folgen von Krankheit, Unfällen, Invalidität und Alter materiell geschützt werde.

Als einfachste Lösung der Aufgabe, die der Staat sich gestellt hatte, erscheint vielleicht die Uebernahme sämmtlicher Verpflichtungen durch den Staat selbst. Dies erschien aber mit Rücksicht auf die gesammten Staatseinrichtungen nicht angängig; sie erfolgte daher mit Rücksicht auf bestehende Gewohnheiten und teils hergebrachte, theils fortentwickelte Anschauungen.

Die erlassenen Gesetze umfassen drei Gebiete:

1. die Versicherung für den Fall einer Erkrankung,
2. die Versicherung für die Folgen eines in Ausübung des Berufes erlittenen Unfalles,
3. die Versicherung gegen Invalidität, d. h. Erwerbsunfähigkeit, bedingt durch Nachlass der Arbeitsfähigkeit oder durch Ueberschreitung einer bestimmten Altersgrenze.

Die Krankenversicherung schloss sich an die Organisation der bereits vorher vorhandenen Krankenkassen an. Solche waren schon, vereinzelt bereits Ende des 18. Jahrhunderts, hauptsächlich aber von der Mitte des 19. Jahrhunderts an eingerichtet, theils gesondert für grosse Betriebe, vor allem als Knappschaftskassen im Bergwerksbetriebe, theils für die Arbeiter eines Ortes, beliebig, welchen Beruf sie ausübten, theils nach Berufsarten gesondert für die Arbeiter verschiedener Betriebe eines oder mehrerer Orte. Immer aber bestanden diese Kassen zur Versicherung in Krankheitsfällen aus freier Initiative der Arbeitgeber, Arbeitnehmer, beider zusammen, oder höchstens der örtlichen Gemeinden.

Die obligatorische Krankenversicherung beruht auf Reichsgesetz vom 15. Juni 1883, welches später mehrfach Ergänzungen und Umänderungen erfahren hat. Es verkündet einen Zwang für alle Arbeiter, deren Einkommen weniger als 2000 Mark beträgt, einer Krankenkasse anzugehören. Allerdings sind noch grosse Gruppen ausgeschlossen, so z. B. das Gesinde und die Heimarbeiter. Das Gesetz gestattet das Bestehen mannigfaltiger Arten von Kassen, die aber vor allem gewisse einheitliche Mindestleistungen aufweisen müssen, insbesondere verlangt es eine Unterstützungsdauer im Falle der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit von nicht unter 13 Wochen, in allen Fällen aber freien Arzt und freie Medizin. Die Beiträge werden zu $^2/_3$ von den Arbeitern, zu $^1/_3$ von den Arbeitgebern aufgebracht.

Für die Versicherung gegen Invalidität, welche mit dem 1. Januar 1890 in Kraft trat, erschien es aber nicht angängig, Arbeitgeber und Arbeitnehmer allein aufkommen zu lassen. Es wurden Versicherungsanstalten für grössere Bezirke eingerichtet, z. B. für je eine Preussische Provinz, welche unter Kontrole des Reiches selbständig sind; ihre Einnahmen bestehen einerseits aus Beiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber, die je einen gleichen Beitrag zahlen, andererseits aus einem Zuschuss von Seiten des Reichs. Im Bedürfnissfalle erhalten die Versicherten eine dauernde Rente.

Das Unfallversicherungsgesetz ist vom 1. Oktober 1885 in Kraft.*) Bezüglich der Unfälle, d. h. Schädigungen der Gesundheit, die durch ein plötzliches äusseres Ereigniss eingetreten sind, bestand schon lange in Form der Haftpflicht, für diejenigen, die für das Zustandekommen des Unfalls eine Schuld traf, eine Entschädigungspflicht gegenüber dem Verletzten. So muss auch gegenwärtig z. B. der Hausbesitzer dafür einstehen, wenn Jemand in Folge mangelhafter Beleuchtung der Treppen zu Schaden kommt. Vor Allem bestand seit dem 7. Juni 1871 das Reichs-Haftpflichtgesetz, betreffend die Verbindlichkeit zum Schadenersatz für die bei dem Betriebe von Eisenbahnen, Bergwerken, Steinbrüchen, Gräbereien und Fabriken herbeigeführten Tötungen und Körperverletzungen.

Die meisten Unfälle entstehen aber durch Fahrlässigkeit des Arbeiters selbst oder durch Zufälligkeiten, an denen Niemand die Schuld trägt. Bleibt hier der Verletzte und in seiner Erwerbsfähigkeit dauernd Herabgesetzte, oder seine Hinterbliebenen gänzlich ohne Unterstützung, so erleiden nicht nur diese, sondern wiederum auch die Allgemeinheit Schaden. Das Gesetz setzt nun fest, dass der Verletzte je nach dem Grade seiner Erwerbsunfähigkeit eine Rente bezieht, bezw. wenn der Unfall den Tod zur Folge hatte, die von ihm ernährten Hinterbliebenen. Im Lauf der Jahre ist das Gesetz mehrfach ausgebaut und auf immer mehr Berufsgruppen ausgedehnt worden.

Die Kosten werden ausschliesslich von den Arbeitgebern getragen. Gleichartige Berufe sind regionär zu Berufsgenossenschaften zusammengeschlossen. Diesen liegt die Zahlung der Rente ob. Sie beziehen von den einzelnen zugehörigen Betrieben Beiträge, deren Höhe jährlich, entsprechend der Höhe der Ausgaben, wechselt, und im Uebrigen von der Zahl der in dem einzelnen Betriebe Beschäftigten und der Gefährlichkeit des betreffenden Betriebes abhängt. Die Berufsgenossenschaften haben erklärlicherweise ein lebhaftes Interesse daran, möglichst wenig Renten zu zahlen. Diesen Zweck suchen sie auf zweierlei Weise zu erreichen. Einmal durch Verminderung der Unfälle überhaupt. Zu diesem Behufe steht ihnen das Recht zu, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, z. B. die Arbeitgeber zur Anbringung von geeigneten Schutzvorrichtungen zu zwingen und dergleichen. Hierauf ist wohl zurückzuführen, dass nach einer Veröffentlichung von Bödiker, aus dem Jahre 1895, seit 1887 die Zahl der Todesfälle von 0,77 auf 0,67 ‰ zurückgegangen ist. Andererseits bemühen sich die Berufsgenossenschaften, der Heilung der Verletzten eine besondere Sorgfalt zuzuwenden, und dadurch eine Erhöhung der event. herabgesetzten Arbeitsfähigkeit zu erzielen. Auch zur Erreichung dieser Ziele sind ihnen durch das Gesetz besondere Rechte verliehen. Aus diesem Grunde ist ersichtlich, dass das Unfallversicherungsgesetz die Veranlassung für ausgedehnte therapeutische Bestrebungen geworden ist.

Indem die Berufsgenossenschaften nur dann zahlungspflichtig sind, wenn der Zusammenhang zwischen Erwerbsverminderung und Unfall feststeht, ist es erklärlich, dass sie in zweifelhaften Fällen zu einer Ablehnung des Zusammenhanges

*) Auf Deutschland folgte Oesterreich am 28. Dezember 1887 mit einem Unfallversicherungsgesetz, 23. Juli 1894 Norwegen, während in der Schweiz 1875 ein Gesetz erlassen wurde über Haftpflicht der Eisenbahn- und Dampfschiffahrts-Unternehmungen, 1881 über Haftpflicht im Fabrikbetrieb, ergänzt 1887.

geneigt sind; auf der anderen Seite bemühen sich manchmal Verletzte, angebliche Folgen des Unfalles zu simuliren. Um beiden Parteien gerecht zu werden, ist daher die Festsetzung der Zahlungspflicht nicht ausschliesslich den Berufsgenossenschaften überlassen, vielmehr sind für die einzelnen Berufsgenossenschaften innerhalb gewisser Bezirke (Sektionen) Schiedsgerichte eingerichtet, über welchen wiederum für ganz Deutschland als einheitliche höchste und endgültig entscheidende Instanz das Reichsversicherungsamt steht.

Diese Gerichte sind in ihrer Urtheilsfassung absolut selbstständig. Zur Urtheilsfindung sind sie aber ganz wesentlich auf die Sachverständigkeit der Aerzte angewiesen. Berücksichtigt man, dass im Jahre 1894 in Deutschland 18060000 gegen Unfall versicherte Personen vorhanden waren, von welchen 266400 Versicherte wegen erlittener Unfälle Entschädigungen in einer Gesammthöhe von 64200000 Mark erhielten, so lässt sich ermessen, welch' ungeheures Feld der Arbeit durch die Unfallversicherungsgesetzgebung der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit eröffnet worden ist.

Die grösste Zahl der Unfälle betrifft, wie leicht verständlich, das Gebiet der Chirurgie, und hier ist es, wie ebenso verständlich, verhältnissmässig leicht möglich, sich über den Zusammenhang von Unfall und Erkrankung bezw. Folgezustand klar zu werden. Aber auch die Zahl der durch Unfall bedingten Erkrankungen des Nervensystems und der inneren Organe ist eine sehr grosse; zudem giebt es fast gar keine Krankheit, über deren möglichen Zusammenhang mit einem Unfall nicht gelegentlich eine ärztliche Meinungsäusserung verlangt wird.

Sehen wir von denjenigen Erkrankungen, insbesondere chirurgischen, ab, deren Entstehung unter allen Umständen eine Verletzung zur Ursache hat, so traf die neue Gesetzgebung die Aerzte ziemlich unvorbereitet, da früher im Allgemeinen nur in Folge gelegentlicher Beobachtungen eine Verletzung als meist nebensächlich neben anderen Ursachen in Betracht gezogen wurde. Die hinfort von den Aerzten zu lösenden umfangreichen neuen Aufgaben nöthigten aber zu einer systematischen Erforschung aller Möglichkeiten, unter denen eine Verletzung ursächlich in Frage kommen kann.

Zu diesen beiden neuen Aufgaben, spezielle ätiologische Forschung und auf spezielle Punkte gerichtete therapeutische Maassnahmen, gesellte sich eine dritte, welche ebenfalls der grossen Masse der Aerzte neu war und noch dauernd grosse Schwierigkeiten darbietet, die prozentuale Abschätzung des Grades der beeinträchtigten Erwerbsfähigkeit.

Die Entwickelung der neuen Disziplin nahm nun folgenden Gang: Die Berufsgenossenschaften, die erste und zunächst am meisten in Frage kommende Instanz, betrauten mit der Begutachtung ihrer Verletzten einzelne bestimmte Vertrauensärzte. Diese waren anfänglich auf die in der Literatur bereits niedergelegten Beobachtungen angewiesen. Im Lauf der Zeit machten sie eigene Beobachtungen und sammelten durch die Fülle des Krankenmaterials bestimmte Erfahrungen. Gleichzeitig bemühten sie sich um Auffindung und Ausbildung geeigneter Heilmethoden; so entstanden in wachsender Zahl besondere mechano-therapeutische Institute. Die neuen Beobachtungen wurden hier und da in wissenschaftlichen Zeitschriften mitgetheilt; vor allem gelangten Gutachten über interessante Fragen zur Veröffentlichung. Insbesondere war das Reichsversicherungsamt bemüht, Gutachten, denen es eine grundlegende Bedeutung beimass, sowie grundlegende Entscheidungen zu veröffentlichen. Auch in Oesterreich erfolgten ähnliche Veröffentlichungen. So entstanden u. A. die amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts, die mit d. J. 1885 beginnend zu einer Anzahl werthvoller Bände angewachsen sind; die Sammlung der die Unfallversicherung betreffenden Bescheide, Beschlüsse und Rekursentscheidungen des Reichsversicherungsamts nebst den wichtigsten Rundschreiben desselben, systematisch zusammengestellt von J. Schmitz, dann von Emil Götze. — Amtliche Nachrichten des K. K. Ministeriums des Inneren, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der Arbeiter: Wien, von 1889 an. — Anleitung für die Herren Aerzte, welche zur Theilnahme an Unfallerhebungen berufen werden, verlautbart durch die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg in Salzburg. Salzburg 1891. — Instruktion für die ärztliche Bestimmung der Erwerbsfähigkeit von auf Grund des Gesetzes vom 28. Dezember 1887 versicherten Personen für die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Steiermark und Kärnten in Graz. Graz 1890. — Instruktion für die Herren Vertrauensärzte der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Niederösterreich in Wien. Wien 1890. — Mittheilungen der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Niederösterreich in Wien. Von 1890 an. — Erkenntnisse und Bescheide der im Grunde des Gesetzes vom 28. Dezember 1887 betr. die Unfallversicherung der Arbeiter errichteten Schiedsgerichte von Richard Kaan. Wien 1895. —

Inzwischen hatte sich das Bedürfniss nach einer eigenen Zeitschrift für Unfallheilkunde herausgestellt, dem zuerst 1894 durch Begründung der Monatsschrift für Unfallheilkunde durch Thiem Rechnung getragen wurde. Diese Monatsschrift ist inzwischen zu einer höchst werthvollen Sammelstelle für die einschlägige Materie geworden. 1895 folgte die Aerztliche Sachverständigen-Zeitung von L. Becker und Leppmann, welche neben der Unfallheilkunde das gesammte Gebiet ärztlicher Sachverständigenthätigkeit umfasst, — 1896 wurde in Stuttgart das Archiv für Unfallheilkunde, Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten begründet. — Auch die Veröffentlichungen der Centralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen enthalten manche werthvolle Mittheilung. — Den Zwecken der öffentlichen und privaten Unfallversicherung zugleich dient das Organ des Deutschen Versicherten-Verbandes, die Unfall-Versicherungspraxis.

Mit der zunehmenden Zahl der Begutachtungen und der Begutachter stellte sich auch das Bedürfniss nach Feststellung der bei der Begutachtung zu berücksichtigenden Gesichtspunkte heraus. Auf Grund ihrer bereits grossen Erfahrungen kamen demselben entgegen die sehr empfehlenswerthen Werke von: E. Golebiewski: Aerztlicher Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884. — H. Blasius: Unfallversicherung und Arzt. — L. Becker: Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach Verletzungen. — Das Handbuch der Unfallversicherung. Leipzig.

Allmählich war in den zerstreut veröffentlichten Gutachten, den Entscheidungen der Gerichte und in den verschiedenen Zeitschriften eine solche Fülle von neuem Material niedergelegt, dass es dem Einzelnen nicht mehr möglich wurde, im Bedarfsfalle dasselbe zu prüfen und zu sichten. Da erschien 1892 das vortreffliche Handbuch der Unfallverletzungen von Kaufmann in Zürich, welches seither schon eine zweite Auflage erlebt hat. Es zerfällt in 2 Theile: allgemeine Gesichtspunkte für die Untersuchung und Beurtheilung; zweitens die Unfallverletzungen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Heilung und ihrer Folgen. Dieses Buch stützt sich im Wesentlichen auf die Entscheidungen der Unfallgerichte. — Ebenso erschien im Jahre 1895 als Erweiterung der früher gebrachten „Anleitung" das „Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-

Versicherung" von L. Becker, welches in seinem 1. allgemeinen Theil in erschöpfender Weise die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und die Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts vorführt, und im 2. speziellen Theil die einzelnen Verletzungen nach Organen und Körperregionen behandelt. Von diesem vortrefflichen Buch ist in kurzer Zeit bereits die 4. Auflage erschienen.

Ferner das grosse Handbuch der Unfallkrankheiten von Thiem, welches vor 2 Jahren erschienen ist und das ganze Gebiet der Unfallheilkunde in klarer, übersichtlicher Weise und ausgezeichneter Darstellung umfasst. Vor Kurzem erschien in der Sammlung Lehmann'scher Altlanten eine auf Grund reichster persönlicher Erfahrungen und sorgfältigster Berücksichtigung der Literatur, mit vielen vorzüglichen Illustrationen ausgestattete Bearbeitung der Materie von Golebiewski.

Aus dem Gebiet der Unfallkrankheiten hebt sich als schwierigstes Kapitel das der inneren Krankheiten heraus. Diese fanden einen hervorragenden Bearbeiter in Stern: Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten, ein Buch, welches sich sowohl durch die Fülle und Uebersichtlichkeit des Materials auszeichnet, wie insbesondere durch die streng wissenschaftliche Kritik vieler Gutachten und Entscheidungen.

Sehr gross ist die Zahl der Monographien und speziellen Bücher, wie z. B. die ganz ausgezeichnete Anleitung von Schuster zur Untersuchung und Begutachtung unfallverletzter Nervenkranker, auch das kürzlich erschienene Buch von Müller.

Auf die Zahl der Einzelbeobachtungen einzugehen, ist ganz unmöglich. Stützt sich doch Stern in seinem nur die inneren Krankheiten behandelnden Buche auf 595 Autoren, die er an 1695 Stellen citirt. Ich will daher hier nur wenige Arbeiten erwähnen, denen gewissermassen eine grundlegende Bedeutung beizumessen ist.

Hier ist vor allem zu erwähnen die Piqûre Claude-Bernard's, der Zuckerstich; der Nachweis, dass durch Verletzung des Bodens des IV. Ventrikels Zuckerharnruhr hervorgerufen werden kann.

Die funktionellen Störungen des Nervensystems nach Trauma fanden ihren ersten Bearbeiter in dem Engländer Erichsen, der die nach Eisenbahnunfällen entstehenden Krankheitserscheinungen als railway-spine beschrieb. Es folgte die Hysterie nach Trauma von Charcot, die traumatische Neurose Oppenheim's. Die Zahl der Veröffentlichungen, gerade auf neurologischem Gebiete ist eine unendlich grosse; in hervorragendem Maasse sind an ihnen betheiligt: v. Strümpell, Jolly und seine Schüler, Mendel und seine Schüler, Goldscheider, Eulenburg, Bernhard, Schulze, u. v. A.

Von Infektionskrankheiten — abgesehen etwa vom Wunderysipel — wurde zuerst bei der Pneumonie der Nachweis der Verletzung als Aetiologie erbracht. Nachdem schon früher hin und wieder ein ätiologischer Zusammenhang betont worden war, konnte ich bereits 1882[1]) eine Reihe von 14 Fällen traumatischer Entstehung veröffentlichen, die ich als Kontusionspneumonien bezeichnete, ein Name, der sich seitdem das Bürgerrecht erworben hat. Es folgte die traumatische Phthise Mendelssohn's 1886.

Bezüglich der Herzkrankheiten sind grundlegend geworden die Lehre vom weakened heart, die Beobachtungen Fräntzels, die Veröffentlichungen über Klappenrupturen etc. Werthvolle Beiträge lieferten von Leyden über die Herzkrankheiten infolge von Ueberanstrengung, Albu, Rosenbach, Riedinger und viele andere. Von traumatischer Endocarditis, deren Bestehen lange angezweifelt wurde, gelang es mir in wiederholten Vorträgen,[2]) eine Reihe einwandsfreier Fälle mitzutheilen.

So weist jedes Spezialgebiet der Medizin eine stets zunehmende Zahl von Veröffentlichungen über den Zusammenhang bestimmter Erkrankungen mit Unfall auf. Hervorragend haben sich an diesen vor allem die Autoren betheiligt, welche später das Gesammtgebiet einer Bearbeitung unterzogen haben, Becker, Thiem, Golebiewski, Kaufmann, Blasius, Stern etc. Ihnen reihen sich an: Bähr, Sachs, Reichel, Seeligmüller, Löbker, Vulpius, Mohren, Schütz, Goldberg, König, Hildebrand etc. etc. Zur Zeit ist die Zahl der Autoren und Veröffentlichungen bereits eine so grosse, dass vom nächsten Jahre an unter Herausgabe von Placzek ein eigener Jahresbericht der Unfallheilkunde und der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit erscheinen wird.

Stellte anfänglich die Unfallgesetzgebung nur Ansprüche an die bereits praktizirenden Aerzte, die z. T. schon über eine gewisse Erfahrung verfügten, so zeigte sich bald, dass auch die heranwachsenden Mediziner einer diesbezüglichen Unterweisung bedurften. Vom ersten Moment der Verletzung an erfordern die Unfallverletzten eine besonders genaue Beobachtung; mit Sorgfalt und Sachkenntniss müssen sie weiter behandelt werden. Die Abfassung der Atteste stellt ganz ausserordentliche Anforderungen an den Arzt. So begannen denn Universitätslehrer freiwillig den Unterricht; bereits seit 1892 las ich über innere und nervöse Unfallkrankheiten; ausserdem begann hier in Berlin Hildebrand mit Vorlesungen über chirurgische Unfallkrankheiten.

Das preussische Kultusministerium, die höchste Unterrichtsbehörde, verfolgte die neue Disziplin mit lebhaftem Interesse, welches sie zunächst durch Errichtung einer eigenen Station für chirugische Unfallkranke in der Charité bekundete. Nachdem nunmehr die Aufgaben, welche die Unfallkrankheiten an den Unterricht stellen, durch die Erfahrungen einer Reihe von Jahren festgestellt sind, that das Kultusministerium einen weiteren Schritt durch Ertheilung eines eigenen Lehrauftrages in Berlin.

Wir hoffen, dass diesem bald weitere folgen werden, so dass der junge Arzt bereits mit einer festen Grundlage die Praxis beginnen kann, und die Verletzten, die Wissenschaft und die Rechtsprechung in gleicher Weise hierdurch Förderung erfahren werden.

Myxoedem und Unfall.

Von
Dr. Berntraeger-Danzig,
Regierungs- und Medizinalrath.

Nachfolgenden Fall möchte ich, obwohl ich den Kranken selbst nicht gesehen, vielmehr meine Kenntniss darüber nur bei Abgabe eines Ober-Gutachtens aus den Akten geschöpft habe, der Oeffentlichkeit übergeben, lediglich zur Anregung, damit bei Wiederkehr eines ähnlichen weitere und genauere Beobachtungen angestellt werden mögen.

Einem 18jährigen Glasergesellen W. wurde 1881 wegen Kropfes die Schilddrüse völlig entfernt. Im Laufe der Jahre entwickelt sich ein mässiges Myxoedem. 1895 fällt W. in

[1]) cfr. M. Litten. Ueber die durch Kontusion erzeugten Erkrankungen der Brustorgane etc. Zeitschr. f. klinische Med. Bd. V. 1882.

[2]) cfr. M. Litten. Verhandlungen des Vereins für innere Med., Berlin 1897 und 1898, und Kongress für innere Med. Wiesbaden 1900

eine Glasscheibe und verletzt sich leicht am linken Daumen. In wenigen Tagen entwickelt sich eine schwere Phlegmone, welche vom Daumen auf Unter- und Oberarm, ja anscheinend noch auf den Rücken fortschreitet und zu zahlreichen Incisionen bei 8monatlicher Krankenhausbehandlung Anlass giebt.

Wichtig ist nun, dass sich während dieses Armleidens und Krankenhausaufenthaltes das Myxoedem sehr bedeutend verschlimmerte. Während vor dem Unfalle W. durchaus arbeitsfähig gewesen war und anscheinend im Wesentlichen nur eine gewisse Gedunsenheit des Gesichts und vielleicht auch der Arme gezeigt hatte, bot er später das Bild schweren Myxoedems: Haut und Schleimhäute sind blassgelb, erstere schuppt stark. Gesicht, Hals, Brust und Arme sind stark aufgeschwollen, die Schwellung fühlt sich weich an, ist leicht eindrückbar, der Fingereindruck bleibt nicht stehen. Der linke, verletzt gewesene Arm ist in dieser Weise viel stärker angeschwollen als der rechte, ohne jede Faltenbildung der Haut. Von Muskulatur ist hier kaum etwas zu fühlen. Die Knochen, zumal des linken Unterarms, erscheinen verdickt. Bauch und Beine sind von der Schwellung nur wenig ergriffen, anscheinend auch der Rücken. Zunge und Schleimhaut des Mundes wie des Kehlkopfes sind geschwollen, die Sprache, die Bewegung von Händen, Armen und Beinen ist schwerfällig, das Gefühl in den Händen stirbt leicht ab, die Intelligenz erscheint herabgesetzt.

Im Verlaufe geeigneter Behandlung hat sich dann das Myxoedem zunächst wieder erheblich zurückgebildet, anscheinend wohl bis auf den vor dem Unfalle bestandenen Grad, jedoch mit Ausnahme des linken Armes, der abnorm geschwollen geblieben ist, wenn auch nicht wie zur Zeit der grössten Ausdehnung, immerhin 3 cm an Umfang grösser als der rechte Arm.

In den Jahren 1897—1900 hat das Myxoedem seinen langsamen Fortgang genommen: die Züge des Mannes sind stumpfsinnig geworden, die Stimmung anscheinend rührselig, die allgemeine Schwellung scheint langsam zuzunehmen, die Hände und die Zunge zittern, der Haarwuchs in der Bart- wie in der Schamgegend ist mangelhaft, die grossen Zehen zeigen Valgusstellung; der linke Arm ist fortgesetzt um 3 cm dicker als der rechte.

Die Beurtheilung hat mit Recht zunächst die ganze Steigerung des Myxoedems, später nur die Schwellung des linken Armes als Unfallsfolge angesehen und demnach eine Rente von erst 75 Prozent, dann 50 Prozent, dann 30 Prozent befürwortet. Dass zur Zeit noch der letztere Zustand fortbesteht, ist zweifellos; dagegen muss es nach der Aktenlage und nach den medizinischen Erfahrungen zweifelhaft erscheinen, ob durch den Unfall und die dadurch hervorgerufene Armeiterung das Fortschreiten des Myxoedems dauernd und fortgesetzt beschleunigt worden ist; es kann in diesem Fall für eine solche Annahme ein greifbarer Untergrund nicht gefunden werden.

Auf alle Fälle erscheint es beachtenswerth, dass ein bestehendes Myxoedem durch eine Armphlegmone gesteigert wird und zwar anscheinend vorübergehend allgemein am Körper, dauernd aber lokalisirt an der ergriffenen Extremität; denn auch die heutige Schwellung des linken Armes kann nach den Beschreibungen nur als Myxoedem gedeutet werden.

Es wäre von Interesse zu erfahren, wie weit auch sonst Eiterungsprozesse oder andere Krankheiten von übler Einwirkung auf die Entwicklung des Myxoedems, allgemein oder lokal, sich erweisen.

Die Mittheilungsbefugniss ärztlicher Gutachten.

Vortrag gehalten im Aerzteverein Luisenstadt zu Berlin am 12. November 1900.

Von
Dr. Placzek,
Nervenarzt.

Am 30. Juni h. a. wurde im Reichsgesetzblatt die Novelle zum Unfallversicherungsgesetz veröffentlicht. Hiermit ist eine Bestimmung Gesetz geworden, die den Grundforderungen jedes ärztlichen Gutachtens, Zuverlässigkeit und Objektivität, verhängnissvoll werden kann. Sie ist enthalten in der zweiten Hälfte des § 9 und hat folgenden Wortlaut:

„Den Schiedsgerichten eingereichte Urkunden sind sowohl der Berufsgenossenschaft, als auch dem Verletzten rechtzeitig mitzutheilen; inwieweit ärztliche Zeugnisse mitzutheilen sind, unterliegt zunächst der Entscheidung des Vorsitzenden. Das Schiedsgericht ist befugt, anzuordnen, dass die unterlassene Mittheilung nachzuholen ist.

Die Entstehungsgeschichte dieses Gesetzes datirt wohl von einem konkreten Falle, der im Jahre 1892 oder 93 sich ereignete und, indem er die möglichen verhängnissvollen Wirkungen zeigte, die eine uneingeschränkte Mittheilung ärztlicher Gutachten an den Rentenbewerber haben kann, die bisher bestehende Gepflogenheit solcher Mittheilung beanstanden liess. Ein in einer Kleinstadt der Mark lebender Arzt hatte sich gutachtlich für Simulation eines Unfallverletzten ausgesprochen, natürlich ohne zu ahnen, dass sein Urtheil in der Originalform dem Betreffenden vor Augen käme. Er erstaunte daher nicht wenig, als eines Tages der Patient in seiner Wohnung erschien, ihn wegen seines Attestes zur Rede stellte und Rache drohte. Trotzdem hier so offenkundig sich zeigte, welche Missstände ein derartiges unbeschränktes Offenbarungsrecht zur Folge haben kann, fällte das Reichsversicherungsamt die befremdende Entscheidung, dass Bahnverwaltungen, Berufsgenossenschaften, etc. den Inhalt des ärztlichen Attestes ohne Weiteres dem Patienten mittheilen dürften, dass diese Handlungsweise durchaus befugt wäre.

Schon damals schrieb ich in meinem Buche: „Das Berufsgeheimniss des Arztes"*), Seite 110: „Welcher Arzt wird angesichts einer drohenden Offenbarung des Inhalts ein wahrheitsgetreues Attest ausstellen? Droht ihm nicht, falls es sich um eine einflussreiche Person handelt, und eine solche ist in einem kleinem Ort ein Jeder, die Gefährdung und Vernichtung seiner ganzen Existenz?"

Die ganz natürliche Folge, dass die mit ihren Rentenansprüchen abgewiesenen Rentenbewerber dem begutachtenden Arzte die Schuld an ihrem Misserfolge beimessen und ihn anfeinden, veranlasste die Aerztekammer von Brandenburg und Berlin, das Reichsversicherungsamt um eine Bestimmung anzugehen, wonach dem Rentenbewerber nicht das gesammte Gutachten, sondern nur das Endgutachten bekannt werde. Dieses Verlangen wurde von dem Reichsversicherungsamt in einer eingehenden Antwort vom 23. September 1893 als unausführbar bezeichnet. Ich will nur kurz die Beweggründe skizziren, auf welche das Reichsversicherungsamt sein ablehnendes Verhalten stützte:

Nach § 57 Abs. 3 des Unfallversicherungsgesetzes,
„ § 62 Abs. 3 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes,
„ § 37 Abs. 1 des Bauunfallversicherungsgesetzes,
„ § 67 Abs. 3 des Seeunfallversicherungsgesetzes,

*) Leipzig, Georg Thieme.

ist dem Entschädigungsberechtigten vor Feststellung der Entschädigung durch Mittheilung der Unterlagen, auf Grund deren die Entschädigung zu bemessen ist, Gelegenheit zu geben, sich binnen einer Woche zu äussern. Das Gesetz verlangt also ausdrücklich, dass das gesammte Thatsachenmaterial den streitenden Parteien überwiesen werde. Danach hält es das Reichversicherungsamt für rechtlich bedenklich, diejenigen Theile ärztlicher Gutachten, auf welche das erkennende Gericht bei der Entscheidung Gewicht legt, und welche bei Absetzung der Urtheilsgründe verwerthet werden müssen, von der Mittheilung an die Parteien auszuschliessen. So glaubt es auch in der Regel die Mittheilung desjenigen Theiles des Gutachtens, welcher dem Kläger Uebertreibung oder Simulation vorwirft, nicht vermeiden zu können, wenn diese Thatsache für die Beurtheilung von Bedeutung ist. Nur das Endgutachten mitzutheilen, erscheint den Reichsversicherungsamt rechtlich nicht zulässig, weil dieses in der Regel nur einen logischen Schluss enthält, während das Gesetz gerade die Mittheilung der vorhergehenden Thatsachen verlangt.

Trotzdem also das Reichsversicherungsamt die Mittheilung des ärztlichen Gutachtens im ganzen Umfange für nothwendig hält, glaubt es unbedenklich weglassen zu können,

1. solche Theile, die für die Entscheidung unwesentlich sind,
2. Bemerkungen, die einen für den Verletzten beunruhigenden Inhalt haben, sachlich aber entbehrlich sind,
3. Wendungen, die den Arbeiter leicht verletzen,
4. gestattet das Reichsversicherungsamt, Gutachten für den speziellen Zweck der Mittheilung umändern zu lassen.

Wie man erkennt, war bisher das R.-V.-A. sorgsam bemüht, die Forderung des Gesetzes, soweit irgend angängig, mit der Wahrung der berechtigten ärztlichen Interessen in Einklang zu bringen. Mag auch mitunter die Feststellung der offenbar unwesentlichen oder den Gutachter gefährdenden Theile eines Gutachtens schwierig gewesen sein, sicherlich werden die Herren Vorsitzenden der Schiedsgerichte weitgehend von den Einschränkungen der Mittheilungsforderung Gebrauch gemacht haben. Wie anders wird das jetzt werden, nachdem die Novelle Gesetz geworden ist! Wohl hat auch jetzt noch der Vorsitzende des Schiedsgerichtes zu entscheiden, „inwieweit ärztliche Zeugnisse mitzutheilen sind", aber, wie der Schlusssatz des § 9 lautet „das Schiedsgericht ist befugt anzuordnen, dass die unterlassene Mittheilung nachzuholen ist." In diesen Worten liegt die wesentliche Aenderung gegen den bisherigen Usus. Bisher konnte der Vorsitzende durch Klage an das R.-V.-A. gezwungen werden, das Fortgelassene mitzutheilen, jetzt kann der Vorsitzende vom Schiedsgerichte zur Mittheilung gezwungen werden, und er wird sicherlich oft genug dazu gezwungen werden, denn die anderen mitentscheidenden Faktoren werden sicher nicht die feinfühlige Rücksicht üben, die ein Schiedsgerichtsvorsitzender einer Körperschaft wie der Aerztewelt gegenüber walten lässt, die ja der integrirende Bestandtheil in dem komplizirten Apparat zur Ausführung des Unfallversicherungsgesetzes ist.

Vielleicht wird der in der Grossstadt lebende Arzt seltener und nicht gleich hart im Einzelfalle gefährdet sein, wie der im engeren Menschenkreise wirkende Kleinstadtarzt, die Gefahr besteht jedenfalls. Mehr als bisher werden daher die Aerzte den guten Rath befolgen, den das R.-V.-A. schon unter den bisher obwaltenden Verhältnissen zu geben für nöthig erachtete und der darin gipfelt, bei Formulirung des Gutachtens der Mittheilungsbefugniss an den Rentenbewerber eingedenk zu sein. Ob hiermit aber die nothwendige „Zuverlässigkeit und Objektivität" streng vereinbar ist? Sicherlich wird es der Arzt, der ja auch sonst nicht die der eignen Person drohende Gefahr zu scheuen pflegt, nicht an der wahrheitgemässen Bekundung der gefundenen Thatsachen fehlen lassen, aber unmerklich, ihm selbst unbewusst, kann die ihm vorschwebende Mahnung sich geltend machen und seine „nach bestem Wissen und Gewissen" abgegebenen Schlussfolgerungen nach Form und Inhalt beeinflussen. Hierin aber, in dieser nicht blos theoretisch konstruirten Möglichkeit, liegt die verhängnissvolle Wirkung des § 9 der Novelle, die wiederum und nur zu deutlich zeigt, wie wenig die Aerztewelt, speziell ihre Aerztekammern auf Wahrung ihrer Lebensinteressen bedacht sind. Statt mit zahllosen, vielfach unfruchtbaren Diskussionen sich abzugeben hätten die Aerztekammern geschlossen vorgehen und eine Aenderung des Gesetzes, zum Mindesten ein Verharren bei dem status quo erzwingen sollen. Von einem solchen Vorgehen verlautete aber nichts, obwohl das Gesetz doch vor der endgültigen Annahme im Wortlaut veröffentlicht und diskutirt worden war. Jetzt, da der Paragraph Gesetzeskraft erlangte, dürfte eine Abänderung schwierig, aber nicht unmöglich zu erzwingen sein.

Doch nicht das Interesse der Aerzte allein gebietet diese Aenderung, das Interesse der Unfallverletzten gebietet es nicht minder. Wie muss eine derartige Lectüre ärztlicher Gutachten auf den Unfallkranken wirken? Er wird nicht nur sich gekränkt fühlen, nicht nur feindlich gesinnt dem ärztlichen Gutachten, nein, er wird auch körperlich und seelisch Schaden leiden. Jeder Neurologe kennt die unheilvollen Wirkungen populär-medizinischer Lectüre auf Neurastheniker und weiss, wie schwer ausrottbar die Eigenbeziehungen sind, die mangelnde Fachkenntniss hier aus gleichgültigsten Symptomen zu züchten pflegt. Gleich ungünstig muss es wirken, wenn der Unfallverletzte die ärztlichen Gutachten kennen lernt, und deren Angaben autosuggestiv auf sich wirken lässt. Hierfür liefert einen trefflichen Beleg die fünfte Krankengeschichte in einer jüngst veröffentlichten Arbeit Seiffer's. Ein Arbeiter hatte in dem ihm übermittelten Gutachten einen Exkurs über „traumatische Neurose" gelesen, und dass er nicht daran leiden könnte, weil die und die charakteristischen Symptome fehlten. Was zu erwarten war, traf ein; bei der erneuten, vom Reichsversicherungsamt angeordneten Untersuchung fanden sich mehrere Symptome, die vorher als fehlend bezeichnet waren, ja, sogar stark ausgesprochen. Schon diese gefahrvolle suggestive Kraft ärztlicher Urtheile genügt Seiffer,*) um die Abschaffung des bisherigen Mittheilungsusus als „dringend wünschenswerth" zu erachten, der Patienten und Aerzten gleich unheilvoll sich erweist.

Nicht unterlassen möchte ich schliesslich zu betonen, wie sehr die ohnedies schon genügend verminderte Achtung und Bewerthung des ärztlichen Könnens weiter geschmälert werden muss, wenn der Arbeiter bei der Lectüre ärztlicher Gutachten die oft weit divergirenden Ansichten und Begründungen kennen lernt und so zum unfreiwilligen „Obergutachter" wird. Was dem Fachmann erklärlich ist, weil in den Naturgesetzen begründet, dass das gleiche Vorkommniss zu widersprechenden Urtheilen Anlass giebt, kann und muss bei dem Arbeiter nur den Glauben an die Unumstösslichkeit, oder besser gesagt, Unfehlbarkeit der ärztlichen Urtheile erschüttern, und das ist um so bedeutungsvoller, weil so eine Grundbedingung für den ärztlichen Erfolg ins Wanken kommt.

Es könnte vielleicht zu Gunsten des § 9 eingewendet werden, dass er, ein unumgängliches Erforderniss geordneter

---

*) Berl. kl. Wochenschr. 1900. No. 37.

Rechtspflege, nur selten zu den geschilderten Konsequenzen führen wird, dass nur selten das Schiedsgericht den Vorsitzenden zu einem andersartigen Handeln zwingen wird, als dieser für gut hält. Das mag sein, doch ist es für die Beurtheilung des Gesetzes gleichgültig, ob es häufig oder selten so wirkt, wie geschildert. Schon die vereinzelte Möglichkeit genügt.

Referate.

Allgemeines.

Beitrag zur Frage der Spermauntersuchung nach der Methode von Florence.

Von Dr. Mari.

(Russki Archiv Pathologii, klinitscheskoj Mediciny i Bacteriologii 1900, Bd. 10, H. 1.)

Verfasser hat eine Reihe von Untersuchungen behufs Nachprüfung der von Florence-Lyon zur Feststellung von Samenflecken angegebenen Reaktion*) ausgeführt und ist dabei zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Wird mit dem Florence'schen Reagens Samen bearbeitet, der direkt aus den Nebenhoden von Thieren gewonnen ist, so erhält man keine Krystalle.

2. Wird aber mit diesem Reagens eine Flüssigkeit bearbeitet, die bei Aufweichung von Samenflecken gewonnen ist, so erhält man stets eine positive Reaktion, wenn es sich um Samen vom Ochsen handelt. Mit dem Samen anderer Thiere erhält man ceteris paribus entweder gar keine Florence'sche Reaktion oder nur bei längerem (24 Stunden) Aufweichen der Samenflecke.

3. Ein aus den Nebenhoden von Thieren hergestellter wässeriger Extrakt giebt stets, selbst bei Azoospermie, eine positive Reaktion.

4. Mit dem Uebergange des Hodenextraktes oder der beim Aufweichen von Samenflecken gewonnenen Flüssigkeit in Fäulniss verschwindet die Reaktion.

5. Soeben ejakulirtes Sperma von Menschen giebt eine ebensolche typische Reaktion, wie auf Geweben eingetrocknetes Sperma.

6. Samenflecke, die von menschlichem bezw. Ochsensamen herrühren, geben eine positive Reaktion unbeschränkt lange, jedoch unter der Bedingung, dass die Samenflecke trocken aufbewahrt werden.

7. Die Bildung der Florence'schen Krystalle geht deutlicher vor sich, wenn sich der zu untersuchende Tropfen mit dem Tropfen des Reagens nicht vermengt, sondern wenn sich die beiden Tropfen nur berühren.

8. Das Florence'sche Reagens muss nicht weniger als 1,27 g Jod, 1,65 g Jodkali und 30,0 g Wasser enthalten.

9. Ein nur aus Samen hergestellter wässeriger Extrakt giebt keine Florence'sche Reaktion.

10. Werden mehrere Untersuchungen auf Florence'sche Reaktion hintereinander angestellt, so ist dafür zu sorgen, dass die etwa bei den vorhergehenden Analysen gewonnenen Krystalle nicht auf die folgenden Präparate verschleppt werden.

11. Dem Samen des Menschen steht der des Ochsen am nächsten. Letzterer unterscheidet sich von dem ersteren jedoch dadurch, dass er im frischen Zustande keine Florence'sche Reaktion giebt.

12. Die Ansicht Johnston's, dass der thierische Samen eine „Pseudoreaktion" giebt, ist unbegründet. Lb.

*) Das von Florence angegebene Verfahren ist bekanntlich folgendes: Aus dem verdächtigen Fleck wird ein kleines Stück herausgeschnitten, auf den Objektträger gelegt, mit einem Tropfen Wasser angefeuchtet und dann nach einigen Minuten entfernt. Zu dem auf dem Objektträger zurückbleibenden Wassertropfen wird ein Tropfen von dem von Florence zu diesem Zwecke angegebenen Reagens (1,65 g Jodkali, 2,54 g Jod und 30,0 g destillirten Wassers) hinzugesetzt. Beide Tropfen werden hierauf mit dem Deckgläschen bedeckt, wobei sie sich natürlich vermischen. Das Präparat wird nun mikroskopisch untersucht. Handelt es sich wirklich um einen Samenfleck, so erblickt man grosse Mengen von braunen Krystallen in Form von Strichen, Nadeln oder rhomboiden Täfelchen, die grosse Aehnlichkeit mit Häminkrystallen besitzen.

Zur forensischen Bedeutung der durch chemische Mittel erzeugten Eiterung.

Von Kreiswundarzt Dr. Moritz Mayer-Simmern.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin etc. 3. Folge, XVII, 2.)

Die pyogenen Mittel kommen für den Gerichtsarzt theoretisch insofern in Betracht, als durch die Frage der Aufsaugung differenter Stoffe von der unverletzten Haut, wie von frischen und granulirenden Wunden her die Unterschiede von der rein bacillären Eiterung berührt werden, praktisch aber deshalb, weil einerseits schon seit Langem die Kurpfuscher allerdings nur bestimmte Mittel dieser Gruppe anwenden, andererseits hier und da die eitererregende Wirkung in forensischen Fällen innerer Vergiftung als diagnostisches Hilfsmittel verwerthet werden kann. Verfasser bespricht die ganze Frage im Zusammenhang und giebt zunächst eine allgemeine Uebersicht über Eiterungen nach Anwendung pyogener Mittel In Frage kommen hier das Quecksilber, Argentum nitricum. Crotonöl, Cantharidin, Morphium- und Opiumeinspritzungen. Ein besonderer Abschnitt ist dem Terpentinöl gewidmet, dessen Einwirkung auf die äussere Haut und das Unterhautgewebe besprochen wird. Wir behalten uns vor, auf Einzelheiten zurückzukommen, wenn der zweite angekündigte Artikel zu der Frage erschienen ist. —y.

Chirurgie.

Ueber die Behandlung der akuten primär-synovialen Eiterungen der grossen Gelenke.

Von Privatdozent Dr. Hartmann.

Aus der chirurgischen Klinik zu Jena.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 57, Heft 3 und 4. 1900.)

Hartmann hat an der Hand von 61 beobachteten Fällen in einer ausführlichen Arbeit die in der chirurgischen Klinik zu Jena übliche Behandlungsweise der primären Gelenkeiterungen einer eingehenden Besprechung unterzogen. — Durch unsere Behandlung müssen wir ohne verstümmelnde Operationen ein möglichst bewegliches Gelenk zu erhalten suchen; die Resektionen können in den meisten Fällen bis zuletzt aufgespart werden; eine Amputation ist kaum jemals erforderlich.

Am besten lässt sich die Art der Behandlung bei den verschiedenen Abstufungen der Entzündung und Vereiterung am Kniegelenk verfolgen. Handelt es sich um ganz leicht infizirte Gelenke, in deren Flüssigkeit sich Fasern und zarte Häutchen nur in geringer Menge finden, so wird zunächst das Gelenk punktirt und fünfproz. Karbolsäure eingespritzt. Bei milder Infektion kommt man durch dieses Verfahren stets zum Ziel; nöthigenfalls ist die Ausspülung und Einspritzung zu wiederholen.

Die zweite Instanz der Behandlung besteht in Punktion mit nachfolgender Einführung kleiner Drains in das Gelenk. Diese Behandlungsweise soll nach Verf. die besten Erfolge geben, ist jedoch nur bei mässig starker Infektion zu empfehlen; bei schwereren genügen die sehr engen Oeffnungen zum Abfluss der Absonderungen nicht.

Besteht schon Schwellung in der weiteren Umgebung des Gelenks und höheres Fieber, so soll man sich mit den Punktionen nicht aufhalten, sondern in das Gelenk durch einen Ein-

schnitt zu jeder Seite der Kniescheibe eindringen und für freien Abfluss des Eiters Sorge tragen. Mit kleinen Schnitten kommt man in diesen Fällen nicht aus, man muss vielmehr zu beiden Seiten der Kniescheibe das Gelenk durch einen grossen Längsschnitt eröffnen, der auch die oberen Ausstülpungen desselben völlig freilegt. Riedel hat in letzter Zeit diesen beiden Schnitten noch einen Querschnitt hinzugefügt, welcher ähnlich dem Volkmann'schen Resektionsschnitt quer über die Kniescheibe verläuft und zu beiden Seiten nach Durchtrennung der Seitenbänder an den hintersten Ausladungen der Oberschenkelknöchel in der Höhe der hinteren Kapselwand endigt. Durch zwei in die Wundwinkel gelangte Drains ist ein völliger Abfluss der Eitermassen aus dem Gelenk gesichert.

Durch diese Schnitte werden allerdings die in grosser Anzahl um das Gelenk angeordneten und theilweise mit ihm in Verbindung stehenden Schleimbeutel nicht sämmtlich eröffnet. Besteht also in diesen eine hartnäckige Eiterung, ohne dass ein Abfluss möglich wäre, so kann vielleicht die nach Volkmann ausgeführte Resektion, welche einen vollen Einblick in alle Winkel und Taschen des Gelenks und seine Schleimbeutel gestattet, noch Heilung bringen. Die Amputation sollte als letztes Hilfsmittel für die verschleppten Fälle aufbewahrt bleiben, in denen der Eiter an verschiedenen Stellen die Gelenkkapsel durchbrochen hat und in grosser Ausdehnung zwischen die Muskelmassen gelangt ist.

Auch bei den Vereiterungen des Fussgelenks können die Grenzen der konservativen Chirurgie im Grossen und Ganzen sehr weit ausgedehnt werden, während die Eiterungen der Fusswurzelgelenke ungünstiger verlaufen und meistens eine Abtragung des Fusses nothwendig machen. Bei starker Eiterung im Sprunggelenk eröffnet Riedel mit den auf den vorderen Rändern beider Fussknöchel verlaufenden König'schen Längsschnitten das Gelenk und löst die zwischen beiden Wunden gelegenen Weichtheile ab. Dann folgen zwei hintere, bogenförmig um die Knöchel herumlaufende, gleichfalls 12 bis 15 cm lange Längsschnitte, welche unter sorgfältiger Schonung der Nerven und Gefässe die hinteren Theile des Gelenks freilegen. Nach schräger Durchschlagung beider Knöchel lässt sich das Fussgelenk luxiren und die erkrankte Gelenkkapsel leicht entfernen.

Tritt die Erkrankung weniger heftig auf, so führt zuweilen schon die Eröffnung des Gelenks durch diese vier oder auch nur die beiden hinteren Schnitte und Einführung von Drains in die Wundwinkel zum Ziele. Ist die Infektion jedoch eine sehr schwere, so bleibt nur die Abtragung des Fusses übrig, wenn man nicht durch den vorderen Querschnitt nach Hueter, welcher von einem Knöchel zum anderen verlaufend alle Sehnen, Nerven und Gefässe durchtrennt, einen letzten Versuch machen will, den Fuss zu retten.

Bei leichten Eiterungen des Ellenbogengelenks werden allgemein Einschnitte zu beiden Seiten der Strecksehne empfohlen, welche jedoch einen genügenden Abfluss aus dem vorderen Gelenksack nicht gestatten. Auch ein Einschnitt an der Vorderseite zwischen Oberarm und dem Köpfchen der Speiche gewährt nur mangelhaften Abfluss. Bedeutend besser wirkt die Eröffnung des Gelenks durch den Langenbeck'schen Resektionsschnitt auf der Kante der Elle mit nachfolgender Ablösung der Knochenhaut und Einführung eines Drains in den vorderen Sack des mässig gebeugten Gelenks. Riedel hat durch den Ellenbogenfortsatz eine Abflussöffnung für den vorderen Gelenksack gebohrt und war in einem von zwei Fällen mit dem Erfolge sehr zufrieden.

Recht ungünstig liegen die Drainageverhältnisse bei dem Hüftgelenk. In manchen Fällen kommt man mit der Eröffnung des Gelenks sowie Abmeisselung eines Theiles der hinteren Pfannenwand und Einführung eines dicken Drains zwecks Herstellung besserer Abflussverhältnisse zum Ziele; in den meisten Fällen wird jedoch eine Resektion nicht zu vermeiden sein. Bei derselben ist gleichzeitig der grosse Rollhügel in grösserer Ausdehnung abzutragen, damit er nicht die Gelenkhöhle von der Aussenwelt abschliesst und den Abfluss von Eiter aus derselben unmöglich macht.

Das Schultergelenk eröffnet man am besten am hinteren Rande des dreieckigen Muskels und sorgt von hier aus für gute Entleerung des Eiters. Auch an diesem Gelenk wird eine Resektion oder Exartikulation oft nicht zu umgehen sein.

Bei den Vereiterungen des Handgelenks wird in der Jenenser Klinik stets sofort zur Resektion des Gelenks geschritten, da die Anordnung desselben eine Drainage nicht zulässt. Nhs.

Beitrag zur Frage der freien Gelenkkörper.

Von Stabsarzt Dr. Franz.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 57, Heft 3 und 4. 1900.)

Ein erblich nicht belasteter, bis dahin völlig gesunder Mann von 20 Jahren bekam beim Bajonettiren einen Stoss vor die Brust, so dass er mit dem rechten Knie nach innen umknickte und nach hinten auf den Rücken fiel. Er fühlte sofort einen heftigen Schmerz und ging hinkend nach Hause, wo er eine starke Schwellung des Gelenks bemerkte. Bei der ärztlichen Untersuchung fand sich ein hochgradig gespannter Erguss im Gelenk, nach dessen Aufsaugung (14 Tage nach der Verletzung) an der Aussenseite des Gelenks dicht neben dem oberen Rande der Kniescheibe ein beweglicher Körper von 2 cm Länge und Breite festgestellt wurde. Bei der Operation konnte ein völlig freies Knorpelstück von der angegebenen Grösse aus dem Gelenke entfernt werden, welches seiner Gestaltung nach der vorderen oder hinteren Fläche des äusseren Oberschenkelknöchels angehörte. Bandverbindungen besass es nicht. Die Verletzung heilte mit Hinterlassung geringer Beschwerden.

Die Krankengeschichte lehrt, dass auch ohne eine erhebliche Gewalteinwirkung und zwar auf indirektem Wege eine schwere Zerstörung der Gelenkoberfläche, bestehend in Absprengung einer Knorpelplatte entstehen kann. König macht bekanntlich für die meisten derartigen Fälle eine spontane Osteochondritis dissecans verantwortlich. Nhs.

Ueber Fremdkörper in Gelenken, nebst einer Bemerkung zur Asepsis der Operationen und der Behandlung der Meniscusablösung.

Von Dr. Katzenstein.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 57, Heft 3 und 4. 1900.)

K. beobachtete eine kleine Patientin, bei welcher er, ohne dass eine sichere Vorgeschichte vorlag (nur ein Fall auf das Kniegelenk war bekannt), aus der lange andauernden Schwellung des Gelenks, dem oft plötzlich auftretenden sehr heftigem Schmerz u. s. w., die Diagnose auf einen Fremdkörper im Gelenk stellen konnte. Die vorgenommene Röntgen-Photographie bestätigte die Vermuthung, da sie deutlich das Bild einer halben Nähnadel im hinteren Theile des Gelenks zeigte. Trotz genauer Feststellung des Sitzes der Nadel musste das Gelenk unter Aufklappen der Kniescheibe breit geöffnet werden, ehe die an der Hinterseite des Gelenks liegende Nadel entfernt werden konnte. Die Gelenkwunde heilte, ohne irgend welche Störungen zu hinterlassen.

Verf. bespricht im Anschluss an diesen Fall die Technik der Gelenkeröffnung und kommt unter Anderem zu folgenden Schlussfolgerungen.

Ein im Anschluss an eine Verletzung entstandener und

trotz entsprechender Behandlung lange bestehender Erguss eines Gelenkes muss uns auf eine besondere, im Gelenk bestehende Veränderung hinweisen.

Die Entfernung von Fremdkörpern aus Gelenken ist, wenn sie Erscheinungen machen, dringend geboten und muss nöthigen Falls durch breite Eröffnung des Gelenks mit Durchschneidung der Bänder und systematischer Absuchung des Gelenks ausgeführt werden.

(Eine genaue Feststellung des Sitzes des Fremdkörpers durch Röntgen-Aufnahmen in verschiedenen Ebenen dürfte unserer Erfahrung nach auch beim Kniegelenk breite Eröffnung zwecks Entfernung unnöthig machen. Allerdings ist man gezwungen, gleich im Anschluss an die Aufnahme zu operiren, damit nicht inzwischen ein Wandern des Fremdkörpers stattfindet. Ref.)

Die Voraussetzung dazu ist eine sichere Beherrschung der Asepsis (Operiren mit Instrumenten und nicht mit Händen) und der Technik (exakte Naht).

Bei der durch Verletzung entstandenen Ablösung des halbmondförmigen Knorpels von der Unterfläche ist seine Annähung an die Gelenkkapsel als die Normaloperation zu bezeichnen. Nhs.

Zur Frage der Blutergelenke.

Aus der chirurgischen Klinik in Greifswald.

Von Prof. Dr. Tilmann.

(Deutsche Aerzte-Zeitung, 1900, No. 19. (1. X.)

Ein 22jähriger Schneider, nicht aus einer Bluterfamilie stammend, hatte 3 Jahre vor der Aufnahme im Krankenhaus auf Stoss eine Anschwellung des l. Knies gehabt, welche, nachdem sie sich von selbst zurückgebildet hatte, bei den Anstrengungen des Militärlebens 2 Jahre später wieder auftrat, sodass sie zur Entlassung des Patienten führte. 2 Monate vor dem Krankenhausaufenthalt schwoll nach einem Marsche das Knie wieder an und die Schwellung blieb bestehen. Schmerzen und Schwellung sollen in der Zwischenzeit wechselnd gewesen sein. Die Untersuchung des stark angeschwollenen, in der Streckung garnicht, in der Beugung über den rechten Winkel behinderten, Knies, liess bei festem Bandapparat, neben Fluktuation in der oberen Tasche und an der Innenseite bewegliche, mittelharte Körper durchfühlen, welche, da eine Tuberkulininjektion (0,001) negatives Ergebniss hatte, als „Lipoma arborescens" gedeutet wurden. Die Operation förderte von einem 10 cm langen, an d. Innenseite geführten Schnitt aus neben normaler Gelenkschmiere, 36 erbsen- bis mandelgrosse, glatte, graurothe, weiche, elastische Körper hervor, welche lose im Gelenk lagen, 2 in der Gegend der Kreuzbänder festgewachsene konnten durch Zug leicht entfernt werden. Die ganze Synovialhaut war glatt, glänzend, dunkelbraunroth gefärbt. Jodoformglycerinspülung, Naht. Schmerzen zwangen am 4. Tage zum Verbandwechsel, bei welchem sich aus dem Gelenk, ohne dass spritzende Gefässe sich fanden, grosse Massen arteriell gefärbten Blutes entleerten. Tamponade und Druckverband brachten die Blutung zum Stehen, doch wiederholte sich dieselbe jedesmal beim Lösen des Druckverbandes, sodass trotz Gelatineinjektion und Spülungen mit Ferrum sesquichloratum und Wasserstoffsuperoxyd der Pat. 3 Wochen nach der Operation an Erschöpfung zu Grunde ging. Die Sektion ergab neben zahlreichen, bis linsengrossen, gestielten Fibringerinnseln, welche, leicht entfernbar, an den Kreuzbändern festsassen, Füllung der erweiterten Gelenkhöhle mit zum Theil vereiternden Blutgerinnseln, stark blaurothe, auf erhöhtem Gefässreichthum beruhende Färbung der ganzen Synovialhaut und fleckweise Trübung des, theils mit fibrinösen, theils mit eitrigen Massen belegten Knorpels. Die Gelenkkörper erwiesen sich als geschichtete Gerinnsel mit einzelnen eingestreuten Endothelzellen und amorphem Blutpigment, die neuen Auflagerungen der Gelenkauskleidung enthielten noch erkennbare Blutkörperchen, die alten nur Pigment und Haematoidinkrystalle.

Verfasser vermuthet, dass unter früher beschriebenen Fällen von Lipoma arborescens auch Blutergelenke mitinbegriffen sein können, sein Fall dient zur Warnung, nicht vorschnell zum Messer zu greifen. Die Entstehung der freien Gelenkkörper glaubt Verf. auf losgelöste Fibringerinnsel zurückführen zu müssen, welche als Folge einer durch die mehrfachen Blutergüsse eingetretenen Entzündung der Synovialhaut aus serofibrinösen Niederschlägen sich entwickelten.

Seelhorst.

Ueber einen operirten und einen nicht operirten Fall von Coxa vara traumatica.

Von Sprengel.

(Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 59. H. 4.)

Sprengel hatte als erster an zwei Präparaten von Coxa vara, die er durch Resektion oberhalb des Trochanters gewonnen hatte, nachweisen können, dass das typische, klinische und anatomische Bild der Coxa vara nicht bloss durch statische, sondern auch durch traumatische Veränderungen zu Stande kommen kann. Nach seinen Erfahrungen an drei Fällen kommt die traumatische Lösung der Kopfepiphyse des Femur und die Wiedervereinigung mit dem Schenkelhals an abnormer Stelle sogar viel häufiger vor, als man bisher annahm.

S. zeigt an seinem einen unoperirten Falle, dass man die Diagnose der traumatischen Coxa vara aber auch vor der Operation stellen kann. Dass Coxa vara vorliegt, ergiebt sich aus der reellen Verkürzung des Beines durch Hochstand des Trochanters, der Aussenrotation und der Adduktion. Die Beweglichkeit ist in dem speziellen Falle, wie häufig, nicht nur bezüglich der Einwärtsrotation und Abduktion, sondern in jedem Sinne eingeschränkt. Für Coxa vara spricht, dass es sich um ein männliches Individuum am Ende der Wachsthumsperiode handelt.

Dafür, dass es sich um eine Veränderung an der Stelle der subkapitalen Epiphysenlinie handelt, spricht vor allem die Hochgradigkeit der Gelenkkontraktur, die natürlich um so beträchtlicher sein muss, je näher die Fraktur oder Lösung im Schenkelhalse dem Hüftgelenke liegt; ferner spricht dafür das Roentgenbild, auf welchem deutlich zu sehen ist, dass der Schenkelhals bis zu der Stelle, wo er mit scharfem Knicke nach unten abzubiegen scheint, völlig unverändert ist.

Für Coxa vara traumatica spricht nun in dem unoperirten Falle Sprengels 1. die absolute klinische Uebereinstimmung mit den beiden operirten und anatomisch untersuchten Fällen, 2. der Nachweis des Traumas. Da letzteres erfahrungsgemäss häufig so geringfügig ist, dass die Kranken selbst gar keinen Werth darauf legen, so müssen wir bei der Anamnese hauptsächlich dann nach einem Trauma forschen, wenn die Krankheit plötzlich aufgetreten ist; wenn im Anfang der Erkrankung heftige Schmerzen bestanden, die relativ schnell wieder verschwanden, wenn die Erkrankung einseitig auftritt und andere Belastungsdeformitäten fehlen.

Bei beiden operirten Fällen wurde im orthopädischen Sinne ein tadelloses Resultat erreicht, indem die Verkürzung durch Beckensenkung zum grössten Theile ausgeglichen wurde und das neue Gelenk in beiden Fällen fest und hinlänglich beweglich wurde. Mit einem Stock vermögen die beiden operirten Kranken gut zu gehen, während sie ohne Stock auf der operirten Seite doch stark hinken.

Bei dem nicht operirten Kranken hat sich die funktionelle Verkürzung allmählich auf 11 cm gesteigert (reelle Ver-

kürzung 6 cm und Erhebung der kranken Beckenhälfte 5 cm), wodurch er doch in seiner Bewegungsfähigkeit sehr geschädigt ist, so dass es immerhin berechtigt erscheint, den ernsten Eingriff der Hüftresektion zur Erreichung des orthopädischen Resultates auszuführen. Stabel.

Die Osteotomie bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformitäten.

Von A. Hoffa.

(Separatabdruck aus der Festschrift der Phys.-med. Gesellschaft in Würzburg.)

In der kleinen Broschüre behandelt H. die neuerdings immer häufiger ausgeführte Operation mit der ihm eigenen Klarheit und anerkennenswerthen Objektivität. Nach einer kurzen Besprechung der Geschichte der Osteotomie am Hüftgelenk geht Hoffa ganz genau ein auf die allgemeine Technik und die Prognose der Osteotomie. Er führt auf der Aussenseite des Vastus externus einen Schnitt bis auf den Knochen, setzt dann am unteren Pole der Wunde einen breiten König'schen Meissel etwas schief zur Längsachse des Knochens ein und dringt mit leichten Schlägen soweit vor, bis nur noch wenige Knochenlamellen stehen bleiben. Dann zieht er den Meissel heraus und zerbricht den letzten Rest der Knochenbrücke mit den Händen. Die Wunde wird dann ohne Naht und Drainage mit einem aseptischen Verbande versehen. Bei dieser Methode ist eine Gefährdung durch die Osteotomie fast ausgeschlossen.

Die lineäre Osteotomie hat Hoffa in dieser Weise ausser bei Deformitäten durch tuberkulöse Coxitis, auch bei solchen, die durch Lues, Rheumatismus articulorum acutus, Osteomyelitis und Scarlatina hervorgerufen waren ausgeführt, ferner bei Patienten, bei denen vorher die blutige Reposition der angeborenen Hüftgelenkluxation erfolglos ausgeführt worden war.

Da bei Kranken, die das zehnte Lebensjahr überschritten haben, die blutige Reposition nach Hoffa's Methode wegen der anatomischen Veränderungen am Schenkelkopf überhaupt nicht mehr ausführbar ist, hat er bei diesen von vornherein die Osteotomia sustrochanterica obliqua zur Ausführnng gebracht, wenn bei einseitiger Luxation eine stärkere Adduktionsstellung und Verkürzung des Beines bestand. Endlich empfiehlt Hoffa die Osteotomia subtrochanterica auch bei den Fällen von Coxa vara, welche von vornherein mit grossen anatomischen Veränderungen und Gebrauchsstörungen einhergehen. Es gelingt, durch die Operation die reelle Verkürzung zu verringern und die Abduktion wieder in ausgiebigster Weise zu ermöglichen. Stabel.

Ueber blutige Reposition von pathologischen und veralteten traumatischen Luxationen des Hüftgelenks bei Erwachsenen.

Von Privatdocent Dr. Payr.

Aus der K. K. chirurg. Klinik des Prof. Dr. Nikoladoni-Graz.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 57, Heft 1 und 2. 1900.)

In zwei Fällen von Spontanluxation nach Gelenkrheumatismus und bei einer veralteten traumatischen Luxation des Hüftgelenks wurde die blutige Reposition mit Glück ausgeführt. Auf Grund von Literaturstudien und unter Berücksichtigung seiner eigenen Erfahrungen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen.

Die meisten im Anschluss an Scharlach, Typhus, Gelenkrheumatismus, Masern u. s. w. auftretenden Hüftgelenksluxationen bei Kindern und Erwachsenen sind, eine Ausheilung des sie veranlassenden Krankheitsprozesses vorausgesetzt, ganz derselben Behandlungsmethode zu unterwerfen, wie die traumatischen.

Stets ist zunächst unblutige Reposition zu versuchen, welche zuweilen auch in veralteten Fällen noch gelingt, in anderen jedoch wegen Zwischenlagerung von Kapseltheilen, Ausfüllung der Pfanne mit festen, derben Kallusmassen, Verkürzung der Weichtheile u. s. w. unausführbar ist. Nach einiger Zeit hat sich die blutige Reposition, am besten mit der Kocher'schen Schnittführung anzuschliessen.

Die blutige Reposition nicht nur der traumatischen, sondern auch der pathologischen Hüftgelenksluxationen giebt oftmals sehr gute funktionelle Resultate (völlige oder partielle Wiederkehr der Beweglichkeit); aber auch in jenen Fällen, in denen das Gelenk nach langem Bestehen, nach tiefen Veränderungen an den Gelenkenden steif wird, sind die statischen Folgen der gewöhnlich hochgradigen Verkürzung (Luxatio iliaca) vermieden, und ist der Gang ein ungleich besserer.

Grosses Gewicht ist in allen Fällen darauf zu legen, dass keine erhebliche Adduktionsstellung entsteht; leichte Abduktion ist das Beste.

Zur blutigen Reposition eignen sich besonders die im Anschluss an die erwähnten Infektionskrankheiten entstandenen Luxationen, und zwar besonders jene Formen, welche die Folge eines mächtigen Gelenkhydrops sind. Hier sind die Veränderungen an den Gelenken meist nicht hochgradig.

Lange Zeitdauer der Luxation verschlechtert die Prognose für die blutige Reposition erheblich. An den ausser Berührung stehenden Gelenkenden entstehen, auch wenn sie primär nicht verletzt oder erkrankt sind, schwere sekundäre Veränderungen, wie Knorpelschwund, Deformation u. s. w. Nhs.

Ein Fall von Luxation der Patella nach Abriss der Quadricepssehne.

Von Dr. Ernst Schmidt,

Ass.-Arzt der chir. Abthlg.

Aus dem Knappschaftslazareth zu Völklingen a. Saar, dirig. Arzt Dr. Hausmann.

(Centralblatt für Chirurgie. 1900. No. 41.)

Ein 16jähriger Bergarbeiter zog sich die Verletzung durch Ausgleiten und Fall zu, indem er mit dem linken Knie auf die Kante einer Schiene aufschlug. Rechtwinklige Beugestellung des linken Knies, Bluterguss in der oberen Gelenktasche; Einkeilung des oberen Kniescheibenrandes zwischen die Gelenkflächen der Ober- und Unterschenkelknochen macht aktive und passive Bewegungen fast unmöglich, der untere Kniescheibenrand springt stark vor. Ein wohlgelungenes Röntgenbild erläutert diese Verhältnisse. Die Rückführung der Kniescheibe in ihre richtige Lage gelang erst auf blutigem Wege, dabei wurde die gänzliche Abreissung der Sehne des vierköpfigen Streckmuskels festgestellt. Auf Sehnennaht wurde verzichtet, die Wunde genäht, ein Druckverband für sechs Tage angelegt. Sodann wurde sofort mit passiven Bewegungen und Faradisation des Quadriceps begonnen. Nach 14 Tagen waren aktive Bewegungen möglich, Ende der fünften Woche geht Patient ohne Stock, Ende der siebenten vermag er bereits Laufschritt zu machen. Bei Sehnennaht würde die Möglichkeit, Bewegungen vorzunehmen, erheblich verzögert worden sein.

Seelhorst.

Zur operativen Behandlung der habituellen Schulterluxation.

Von cand. med. Josef Müller-Beckenried.

Aus d. chirurg. Ambulatorium des Herrn Dr. Kronacher-München.

(Münchener medizinische Wochenschrift No. 40. 1900.)

Die Dauerheilung einer habituellen Luxation kann nur von energischem operativen Eingreifen erwartet werden, welches bei intaktem Knochenapparat in Verkleinerung der erweiterten Kapsel, bei Knochenabnormitäten zweckmässiger Weise in Resektion des Oberarmkopfes zu bestehen hat.

Es wird ein Fall mitgetheilt, in welchem eine immerwiederkehrende Oberarmluxation nach vierjährigem Bestehen mit vollem Erfolg operirt wurde, indem die stark erweiterte Gelenkkapsel von einem von vorn und der Achselhöhle aus das Gelenk freilegenden Schnitte durch Ausschneidung eines 4 cm langen und $1^1/_2$ cm breiten Stückes und Faltennaht der oberen, vorderen und axillaren Partien verkleinert wurde. Primäre Heilung, nach fünf Wochen Beginn der Bewegungen.

Seelhorst.

Eine Kontraindikation der Esmarch'schen Blutleere, hergeleitet aus den Beobachtungen nach einer Doppelamputation der Oberschenkel (mit einer Anmerkung über Fremdkörperpathologie).

(Aus dem Städt. u. Bezirkskrankenhause in Ohrdrup.)

Von Dr. A. Stüber.

(Correspondenzbl. des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen, 1900, Heft 5.)

Verf. hatte Gelegenheit, mit einem Kollegen zusammen bei einem Manne mit Altersbrand an beiden Füssen, die Amputation beider Oberschenkel gleichzeitig auszuführen, indem jeder der Aerzte ein Bein vornahm. Verf. operirte rechts nach dem Rose'schen Verfahren, der andere Arzt, Dr. Weigel, linkerseits mit Esmarch'scher Blutleere. Der rechte Stumpf blieb an dem einen Tage, an welchem Pat. noch lebte, reaktionslos, links schwoll der Stumpf an und belegte sich schmierig. Bei der Sektion fand sich ausser der missfarbigen Schwellung und Durchtränkung des linken Stumpfes noch eine gasproduzirende entzündliche Veränderung des Lebergewebes. Da Verf. eine Infektion des linken Stumpfes begründetermassen ausschliessen kann, so kommt er zu dem Schluss, dass „das Esmarch'sche Verfahren kontraindizirt ist bei Amputationen wegen primärer idiopathischer Erkrankungen der Gefässwände, weil durch den temporären Blutabschluss und durch Thrombenbildung in den Gefässen erhebliche Schädigungen der Gewebe des Amputationsstumpfes bewirkt werden können, in besonders erhöhtem Masse dann, wenn gleichzeitig angenommen werden muss, dass in den Geweben des betreffenden Gliedes Bakterien in erheblicherer Menge vorhanden sind“, die bei Lösung des Schlauches sehr leicht in den Kreislauf verschleppt werden können. Er empfiehlt aus diesem Grunde allgemeinere Anwendung des Rose'schen Verfahrens.

Seelhorst.

Innere Medizin.

Ein Fall von chronischem (angeborenem) Volvulus coeci.

Von Dr. Theodor Hausmann-Brest-Litowsk.

(Centralblatt für Chirurgie, 1900, No. 42.)

Ein 28jähriger, von jeher an Hartleibigkeit und damit verbundenen Schmerzen leidender Landmann wurde nach 8 Tage lang anhaltender, mit Schmerzen und zeitweiligem Erbrechen verbundener Stuhl- und Gasverhaltung der Klinik überwiesen. An dem sehr aufgetriebenen Abdomen linkseitig Dämpfung und Resistenz, rechtseitig vom Nabel grösste Schmerzhaftigkeit. Bei der sofort vorgenommenen Operation wird vor der linken Biegung des Colon das Coecum durch 2 alte Verwachsungen an Zwerchfell und grossem Netz angeheftet vorgefunden, nach rechts verlaufend, nach unten bogenförmig gekrümmt das enorm erweiterte, kolossal dickwandige Colon, welches auf der rechten Seite unter dem straff gespannten Mesenterium des Dünndarms verschwindet und von ihm völlig komprimirt wird. Das für Dünndarm, Coecum und Colon ascendens gemeinsame Meten-terium war an der Stelle der Abklemmung unterbrochen, der Dickdarm an dieser Stelle in 8 cm Länge festgewachsen, geschrumpft, seine Lichtung aufgehoben, seine Wandung theils nekrotisch, theils narbig verändert, ein federkieldicker Narbenstrang zieht, von rechts aussen nach links innen spiralig gewunden, über die unterernährte Partie. Nach Resektion des nekrotischen Theils wird das proximale Darmstück geschlossen, das Schnittende des distalen in die Hautwunde genäht. Tod $^1/_2$ Std. nach der Operation.

Seelhorst.

Beitrag zur Frage der extragenitalen Infektion an Ulcus molle. Ulcus molle des Mastdarms.

Von Dr. A. Chitrowo, Assistent an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten von Prof. A. Ge zu Kasan.

(Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, H. 4)

Dem Beitrag liegt ein Fall zu Grunde, der doppeltes Interesse beansprucht. Erstens handelt es sich hier um Ulcus molle der höher gelegenen Parthien des Mastdarms, was an und für sich ein sehr seltenes Vorkommniss ist; zweitens ist der Infektionsmodus in diesem Falle ein in hohem Masse ungewöhnlicher und von solcher Art, dass man kaum berechtigt sein könnte, den Infektionsmodus, wie es Verf. thut, als einen „extragenitalen“ zu bezeichnen.

Der Fall betrifft einen 40jährigen Arbeiter, der, als er einmal stark betrunken im Freien eingeschlafen war, von Persern (der Vorfall spielte im Kaukasus) überfallen und zum Coitus per anum missbraucht wurde. Am folgenden Tage verspürte der Patient Schmerzen bei der Defäcation. Bald darauf stellten sich auch Blutungen aus dem Mastdarm ein. Nach zehn Tagen wurden die Schmerzen im Anus so stark, dass der Patient weder sitzen noch gehen konnte. Gleichzeitig begann mit der Defäcation Eiter abzugehen. Im Krankenhause zu Baku wurde weicher Schanker diagnostizirt und entsprechende Behandlung mit Suppositorien und Ausspülungen des Mastdarms eingeleitet. Der Erfolg blieb jedoch aus, ebenso wie bei der nach einem Monat erfolgten Behandlung im Krankenhause zu Astrachan. Nach weiteren zwei Monaten kam der Kranke nach Kasan. Spiegeluntersuchung des Mastdarms ergab nun auf der vorderen und hinteren Darmwand in einer Entfernung von 4 cm vom Anus zwei Geschwüre, welche sich 3 cm weit nach oben ausdehnten, auf die Seitenwände des Mastdarms übergingen und hier teilweise konfluirten. Die Form dieser Geschwüre war unregelmässig, der Grund uneben und mit reichlichen Eitermengen bedeckt. Die Geschwüre sind ziemlich tief, namentlich auf der vorderen Mastdarmwand. Bei Betastung fühlen sich sowohl die Ränder als auch der Grund der Geschwüre weich an und sind sehr schmerzhaft. Behandlung: Täglich Verabreichung von Abführmitteln, Jodoformsuppositorien, täglich mehrmalige sorgfältige Ausspülungen des Mastdarms (nach der Defäcation), zunächst mit konzentrirter Borsäurelösung und dann mit Karbolsäure (Ac. carbol. 1.0, Spirit. serpyl. 10.0, Aq. plumbi 200.0). Unter dieser Behandlung trat innerhalb 14 Tagen fast vollständige Heilung ein.

Im vorstehenden Falle machte die Diagnose natürlich gar keine Schwierigkeiten. Es ist aber zweifellos, das Ulcera mollia des Mastdarms auch wenig charakteristische Merkmale darbieten können. Man muss also, dieses Umstandes eingedenk, bei der Differentialdiagnose von ulcerösen Prozessen des Mastdarms ausser Tuberkulose, Syphilis, Carcinom etc. auch Ulcus molle in Betracht ziehen, das zwar selten vorkommt, aber zu ernsten Komplikationen führen kann.

Lb.

Ueber die gegenseitigen Beziehungen von Alkoholmissbrauch und Unfall als Ursachen geistiger Erkrankung.

Von Dr. Erdmann Müller-Zittau.
(Arch. f. Unfallheilk. III. Bd. H. 2.)

Das gesammte grosse Material der Anstalt Dalldorf — etwa 8000 Krankengeschichten — hat als Grundlage der mit ungemeinem Fleiss ausgeführten Arbeit gedient, welche dementsprechend ein wahres kasuistisches Nachschlagewerk genannt werden kann. Sie ist, soviel uns bekannt ist, die letzte gewesen, die zu vollenden dem jungen Autor beschieden war — er weilt nicht mehr unter den Lebenden.

Im Folgenden soll, da die Berücksichtigung der Kasuistik einen zu breiten Raum einnehmen würde, nur der Gedankengang des Aufsatzes den Hauptzügen nach wiedergegeben werden.

Es wäre verfehlt, anzunehmen, dass unter den Ursachen krankmachender Verletzungen die einmalige Trunkenheit eine grosse Rolle spielt. Gewiss werden viele Verletzungen in der Trunkenheit erworben, aber nur fünf Mal hatte es den Anschein, dass sich Geistesstörungen an solche Verletzungen angeschlossen haben. In zweien dieser Fälle war die Krankheit als Lähmungsirrsein gekennzeichnet, welches durch die Verletzung wahrscheinlich nur verschlimmert wurde. Auch in der Literatur sind die Fälle dieser Art spärlich. Vielleicht verhindert sogar zuweilen der Rausch das Zustandekommen eines seelischen ungünstigen Einflusses, des Schreckens.

Der Feststellung entziehen sich meistens die Fälle, in denen chronischer Alkoholismus die Entstehung der krankmachenden Unfälle begünstigt, indem er dem Menschen die Muskelsicherheit raubt, sogar ev. zu Schwindelanfällen führt.

Fassen wir nun das umgekehrte Verhältniss ins Auge: der Unfall als Ursache des Alkoholmissbrauchs. Hier können mancherlei Umstände mitspielen: Auf der einen Seite steht der durch den Unfall bedingte Müssiggang als Veranlassung zu erhöhtem Alkoholverbrauch — auf der andern die durch die Verletzung unmittelbar verursachte Störung des seelischen Gleichgewichts, der Verlust der Herrschaft über die Triebe. Dazwischen stehen die mit dem Rentenkampf mehr oder minder eng zusammenhängenden ungünstigen Einflüsse, die zum Alkoholmissbrauch führen: gesteigerte Begehrlichkeit, hypochondrische Verstimmung. Dazu kommt oft mangelhafte Ernährung und Verpflegung. In einem Falle sollen die Schmerzen den Verletzten zum Trinker gemacht haben. Die Folgen des Unfalls und des Trunkes bringen in verderblicher Wechselwirkung schliesslich den Betroffenen ins Irrenhaus.

Betrifft ein Unfall einen chronischen Alkoholisten, so wird er oft zur Veranlassung des Ausbruchs einer spezifisch alkoholischen Geistesstörung, wie das bezüglich des Delirium tremens allgemein bekannt ist.

Die Hauptmasse bilden diejenigen Fälle, in denen Alkohol und Verletzung zusammenwirken, um chronische Geisteskrankheiten zu erzeugen, sei es nun, dass der Alkoholismus oder dass die Verletzung die erstvorhandene Schädlichkeit darstellt. Es ist schwer, solche Störungen nach dem Ueberwiegen bestimmter Erscheinungen jeweils in die Gruppe der traumatischen oder der alkoholischen Störungen einzureihen. Eine Vergleichung der für die alkoholischen und für die traumatischen Seelenstörungen als bezeichnend angesehenen Momente ergiebt viel gemeinsames: Die übermässige Reizbarkeit, die Kopfschmerzen in verschiedenster Form, die epileptischen Zustände, die Ueberempfindlichkeit gegen Alkohol, ferner allerlei Störungen des Hautgefühls, der Sinne und der Bewegung. Für den Alkoholismus allein bleibt der Eifersuchtswahn übrig, auf körperlichem Gebiete die an den inneren Organen und am Gefässsystem auftretenden Zeichen vorzeitiger Verbrauchtheit. Bei dieser Sachlage wird man naturgemäss eine objektive Scheidung selten ausführen können.

Bei Besprechung dieses Gegenstandes bringt Verfasser eine längere Reihe von Krankengeschichten, in denen, so verschieden sie sonst sind, immer der chronische Alkoholismus mit dem erlittenen Unfall, der durchaus nicht den Kopf zu treffen braucht, zur Hervorbringung schwerer Geistesstörungen zusammenwirkt. Besonders lehrreich ist ein Fall mit folgendem Verlauf: Ein Arbeiter, der täglich etwa für 40 Pf. „Nordhäuser mit Glühwein“ trank, ohne in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt zu werden oder sonst das Wesen eines Trinkers zu haben, erleidet 1890 einen schweren Unfall. Er verfällt in chronisches Siechthum, trinkt weiter regelmässig, worauf immer deutlicher seelische Störungen hervortreten. Er stirbt 1897 im akuten Delirium an Blutung unter die harte Hirnhaut. Das Reichsversicherungsamt erkannte, nachdem der Verletzte im Leben Vollrente bezogen hatte, auch seinen Tod als entschädigungspflichtige Unfallfolge an. „Es genügt, dass der Unfall eine von mehreren an dem Erfolg erheblich mitwirkenden Ursachen ist.“

Dieser Fall leitet über zu dem Einfluss des nach dem Unfall fortgesetzten regelmässigen Alkoholgenusses auf die Gesundheit der Verletzten. Wenn Unfall und früherer, Alkoholismus noch nicht genügten, Seelenkranheiten auszulösen, so ist später oft schon geringer Alkoholgenuss hierzu im Stande. Diese Erscheinung kehrt so häufig wieder, dass man bei auffälliger Ueberempfindlichkeit gegen Alkohol gut thut, stets nach vorangegangenen Verletzungen zu forschen.

Je mehr späterer Alkoholmissbrauch zu den Folgen des Unfalls hinzukommt, um so schwieriger wird es, diese richtig abzuschätzen. Bietet auch die oben angeführte Praxis der Rechtsprechung eine Erleichterung bei der Lösung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen jetzigem Leiden und Unfall vorliegt, so tritt die Schwierigkeit sofort wieder ein, wenn die Höhe der Rente geschätzt werden soll.

Im Interesse der Kranken und der Berufsgenossenschaften würde es liegen, die verunglückten Alkoholiker sofort einer Entziehungskur zu unterziehen. Man würde alsdann das Bild der Unfallfolgen rein, ohne Beimischung alkoholistischer Störungen, erkennen können, und der Verletzte hätte es in der Hand, durch Beibehaltung der Alkohol-Enthaltsamkeit den Erfolg der Kur festzuhalten. Thäte er es nicht, zöge er sich durch Wiederverfall in Alkoholismus eine neue Verschlimmerung zu, so würde die Berufsgenossenschaft eventuell nicht zu einer Rentenerhöhung, sondern zu einer Rentenherabsetzung berechtigt sein. (Dieser allerletzte Theil der Ausführungen scheint uns doch mit den Schwierigkeiten der Praxis nicht genügend zu rechnen. Ref.)

Beitrag zur Pathogenese der Epilepsie.

Von Dr. Byschowski.
(Medycyna 1900, No. 36.)

Verf. beschreibt einen Fall von Epilepsie, der in ätiologischer Beziehung von ganz besonderem Interesse ist, weil er sich anscheinend auf der Grundlage einer Nikotinvergiftung entwickelt hat. Der Fall betrifft einen 28jährigen Tabakarbeiter, dessen Arbeit darin besteht, dass er in einem kleinen Zimmer, das dicht verschlossen ist und selten oder sogar niemals gelüftet wird, den Rohtabak in gewisser Weise verarbeitet. Er muss denselben theilweise in einem Kessel unter Zusatz von verschiedenen chemischen Substanzen kochen, um aus den Tabakblättern einen Theil des in denselben enthaltenen Nicotins zu entfernen und gleichzeitig dem Tabak ein gewisses Aroma zu verleihen. Das ganze Zimmer ist

während der Arbeit mit ätzenden Ausdünstungen gefüllt, so dass der Patient stets eine Schutzbrille tragen muss. In dieser Atmosphäre verweilte der Kranke täglich 6—8 Stunden, wobei er die Kochmasse häufig riechen, bisweilen auch schmecken muss. Das Verfahren ist Erfindung und Geheimniss des Patienten und wirft demselben einen grossen Gewinn ab. Aus diesem Grunde lässt der Patient keinen sein Arbeitszimmer betreten und arbeitet bei geschlossenen Thüren und Fenstern.

Vor zwei Jahren stellten sich bei dem bis dahin vollkommen gesunden Patienten zum ersten Male plötzlich Schwindel und Verlust des Bewusstseins ein. Der Anfall dauerte 30—40 Minuten, ohne, wie die Angehörigen versichern, von Krämpfen begleitet zu sein. Acht Monate später wiederholte sich der Anfall, der diesmal schon länger dauerte. Nach weiteren vier Monaten fand ein dritter Anfall statt. Die Gesammtzahl der Anfälle betrug 5—6, wobei jeder nächstfolgende Anfall stets länger und heftiger war, als der vorangehende. Der letzte Anfall dauerte einige Stunden. Der Kranke behauptet, das Herannahen des Anfalles zu fühlen. Gleichzeitig bestehen Kopfschmerzen und hartnäckige Obstipation. Syphilis wird negirt, desgleichen Missbrauch alkoholischer Getränke. Patient ist verheirathet und hat drei gesunde Kinder. Seine Eltern sind am Leben und gesund. Die Psyche ist normal, von Seiten des Nervensystems keine Abnormitäten, Pupillen gleichmässig, reagiren gut auf Licht und zeigen normale Accomodation. Kniereflexe beiderseits mässig; im Harn weder Eiweiss noch Zucker. Durch näheres Befragen stellte Verf. fest, dass während des Anfalles unwillkürlicher Abgang von Harn stattfand und dass nach dem Anfall ein längeres Gefühl von Schwäche zurückblieb.

Unter Berücksichtigung des gesammten Krankheitsbildes und der Beschäftigungsart des Patienten gelangte Verf. zu der Ueberzeugung, dass es sich in vorstehendem Falle um Epilepsieanfälle gehandelt habe, deren Ursache in chronischer Nikotinvergiftung zu erblicken sei. Da an eine Aufgabe der ungesunden Beschäftigung nicht zu denken war, musste sich Verf. damit begnügen, dass er dem Patienten verschiedene Vorschläge bezüglich der Einrichtung seines Arbeitszimmers machte, bei deren Befolgung der Patient der schädlichen Einwirkung des Nikotins am wenigsten ausgesetzt wäre. Gleichzeitig empfahl er ihm längeren Aufenthalt im Freien und verordnete Abführmittel. Seit Beginn der Behandlung sind nun fünf Monate vergangen, ohne dass es zu einem neuerlichen Anfall gekommen ist. Ob der Patient dauernd geheilt ist, lässt sich vorläufig natürlich noch nicht sagen. Lb.

Neurose im Gebiete des plexus cervicalis und brachialis in Folge eines kranken Zahns.

Von Prof. Dr. F. Hesse, Direktor des zahnärztlichen Instituts der Universität Leipzig.
(Neur. Centr. 1900, Nr. 22.)

Eine bisher gesunde junge Dame beisst auf ein Schrotkorn. Anfänglich merkt sie keine üblen Folgen, mit der Zeit aber stellen sich Kieferschmerzen ein, die oft zu völliger Schlaflosigkeit führen. Der Schmerz reicht vorn genau bis zur Mittellinie, nach hinten bis zum Hinterkopf. Er ergreift später die rechte Schulter und Brustseite, den rechten Arm. Sein Auftreten erfolgt anfallweise, in wechselnden Pausen, mit einer Dauer von $^1/_2$ bis 4 Stunden. Gemüthsbewegungen, Genuss heisser oder kalter Getränke, leichte Körpererschütterungen wirken als auslösende Ursache.

Es bleibt nicht bei Schmerzen allein. Nach einer Reihe von Wochen tritt eine Lähmung des rechten Armes ein, dessen Gebrauchsfähigkeit binnen drei Monaten fast aufgehoben ist.

Verfasser untersuchte den Zahn, von dem nach Angabe der Kranken die Schmerzen ausgegangen waren. Er hatte denselben Zahn, der äusserlich ausser geringer Beweglichkeit nichts abnormes zeigte, früher einmal gefüllt. Die Extraktion wurde vorgenommen, es ergab sich, dass die Pulpa brandig zerstört, und dass die Wurzelhaut etwas entzündet war. Die Beschwerden verschwanden fast plötzlich.

Aus der Literatur konnte H. neun ähnliche Fälle sammeln. Bemerkenswerth an dem mitgetheilten ist noch, dass die Dame an einen Zusammenhang ihres Nervenleidens mit dem kranken Zahn nicht dachte und nur zum Verfasser kam, um, wie alljährlich, ihr Gebiss untersuchen zu lassen.

Vergiftungen.

I. Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Arsenik.

Von Dr. Puchowski.
(Jeschenedelnik 1900, No. 41).

II. Fall von stark ausgesprochener Idiosynkrasie gegen Arsenik.

Von Stud. med. Katschkatschew.
(Ibidem).

Als die höchste Dosis der Solutio Fowleri gelten 10 Tropfen, als mittlere Dosis 5 Tropfen. Letztere Dosis wird sehr häufig bei Malaria und bei verschiedenen Hautaffektionen verordnet. Wenn auch diese Dosis in den meisten Fällen von gar keinen Nebenerscheinungen begleitet wird, so beweisen doch die von den Verfassern beobachteten Fälle, dass die Verordnung der Solutio Fowleri immerhin die grösste Vorsicht erheischt.

In dem Falle P.'s handelt es sich um einen 23 jährigen Patienten, der an Malaria litt und bei dem Dosen von 0,75 g Chinin wegen Gewöhnung an das Mittel nicht mehr wirkten. Der Patient bekam infolgedessen folgende Medikation:

Solutio Fowleri 10,0, Aqua menthae piperita 20,0. MDS. dreimal täglich 5—15 Tropfen. Die Medikation hatte auch den gewünschten Erfolg. Nach einiger Zeit wurde die Dosis der Mixtur auf 18 Tropfen gesteigert, so dass der Patient jedesmal 6 Tropfen Solutio Fowleri zu sich nahm. Nach einigen Tagen begann der Patient sich unwohl zu fühlen, nach 8 Tagen konnte er das Bett nicht mehr verlassen. Es stellten sich gleichzeitig starkes Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend, Lebervergrösserung, gelbe Verfärbung der Skleren und Beschleunigung des Pulses ein. Kurz, der Patient bot das vollständige Bild von Kollaps. Die sorgfältigste Untersuchung ergab für die Erklärung dieses schweren Zustandes gar keine Anhaltspunkte. Unter diesen Umständen wurde der Verdacht rege, dass der Krankheitszustand durch das Arsenik bewirkt sein könne. Diese Vermutung fand vollständige Bestätigung: sämtliche Symptome verschwanden nach dem Aussetzen des Arsenikgebrauchs. Nach 14 Tagen war der Patient ziemlich wiederhergestellt.

In dem Falle K.'s trat die Idiosynkrasie noch viel krasser hervor. Auch hier handelte es sich um einen Patienten, dem wegen Malaria Solutio Fowleri verschrieben war. Drei Stunden nach der ersten Dosis, die nur 2 Tropfen betragen hat, stellten sich bei dem Patienten Symptome einer akuten Arsenikvergiftung ein: heftige Erscheinungen von akuter Gastroenteritis, Nausea, schleimige und selbst blutige Stühle, heftige Schmerzen im Gebiete des Dünndarms, sowie konvulsive Zuckungen in den Waden. Kurz, der Patient bot das Bild eines an der Cholera Erkrankten dar. Nach einigen Stunden gesellten sich zu diesen Symptomen trockener Husten und Erscheinung von Arsenikparese hinzu. Sämmtliche Erscheinungen verschwanden erst am nächsten Tage. In der Hoffnung, dass es diesmal

vielleicht besser gehen würde, war der Patient unvorsichtig genug, wieder 3 Tropfen von der Solutio Fowleri zu nehmen. Sämmtliche Krankheitserscheinungen des vorhergehenden Tages stellten sich nun wieder ein, und zwar noch in weit heftigerer Form, so dass zu einem Antidot (Ferr. oxydat. hydric. in aqua) gegriffen werden musste. Die Erscheinungen der akuten Vergiftung gingen allmählich zurück, jedoch blieb eine leichte Enteritis noch mehrere Tage bestehen.

Hervorzuheben wäre, dass der Patient niemals zuvor an Magenkatarrh gelitten hatte, und dass das Arsenikpräparat durchaus guter Qualität war. Lb.

Ueber Pikrinsäure-Vergiftung.

Von Dr. Josef Winterberg-Wien.
(Wien. med. Pr. 1900/44.)

Die Pikrinsäure-Vergiftung kennt man so lange, als die Säure in der ärztlichen Praxis Eingang gefunden hat. Wogegen immer man sie anwandte, bei Malaria und Trichinose, bei Hautkranken und Tuberkulösen, fast immer nahm man unerwünschte Nebenerscheinungen wahr, viel regelmässiger traten diese als der gewünschte Erfolg ein. Desto seltener sind jedoch ernste Vergiftungen durch Pikrinsäure bekannt geworden, und nirgends findet sich bisher ein Todesfall verzeichnet. Bei vier Fällen, die W. genauer beschreibt, war das Gift in selbstmörderischer Absicht genommen worden. Wir geben als typisches Beispiel eine vom Verfasser selbst gemachte Beobachtung genauer wieder.

Ein 22jähriges Mädchen trank eine Lösung von 25 Gramm Pikrinsäure. Alsbald stellte sich Erbrechen mit geringer blutiger Beimischung ein, bald auch Stuhldrang und Durchfall. Nach zwei Stunden waren Haut und Schleimhäute gelb gefärbt. Das Allgemeinbefinden wurde schlecht, heftige Magenschmerzen bestanden. Auch der Kehlkopf war etwas schmerzhaft. Die gelbe Färbung war selbst am Augenhintergrund, ebenso am Stuhlgang wahrnehmbar; in diesem, dem rothgelben Harn und der gelben Magen-Spülflüssigkeit liess sich Pikrinsäure, im Harn nebenbei auch Pikraminsäure nachweisen. (Pikrinsäure wird nach Kobert*) bei Erwärmen mit Cyankalium und Natronlauge durch Blutrothfärbung, Pikraminsäure bei Erwärmen mit Natronlauge und Traubenzucker durch Rothfärbung erkannt. Mit ammoniakalischer Kupfervitriollösung bilden sich stark polarisirende gelbgrüne Krystalle von Sargdeckelform. Ref.) Eiweiss und Zucker fehlten. Während die Beschwerden allmählich nachliessen und schon am neunten Tage verschwunden waren, verschwand die Gelbfärbung sehr langsam; noch fünf Tage war sie wahrnehmbar.

Der Fall veranschaulicht den gewöhnlichsten Typus der Pikrinsäurevergiftung. Zu den hier vorhandenen Störungen können nun noch andere kommen: tonische Krämpfe in den oberen Gliedmassen (Adler), Zeichen von Nierenreizung, fleckige Hautausschläge mit starkem Jucken. Gallenfarbstoff fehlt im Harn, wie es scheint, regelmässig. Einmal wurde hohes Fieber, einmal eine Anzahl von Augenstörungen, u. A. Netzhautblutungen und Glaskörpertrübungen beobachtet.

Das Krankheitsbild ist durch die Färbung der Haut und der Schleimhäute und den Urinbefund ausserordentlich gut gekennzeichnet und leicht zu deuten. Es wird gut sein, wenn das Interesse der Aerzte sich mehr als bisher dieser Vergiftung zuwendet; denn, wie Winterberg zwar nicht betont, wohl aber Kobert, und wie noch jüngst ein Aufsehen erregender Prozess gezeigt hat, zur Vortäuschung schwerer Krankheit eignet sich dieser für das menschliche Leben verhältnissmässig ungefährliche Körper ungemein gut. Die Entlarvung solcher Simulanten wird freilich dem Arzte, der das oben geschilderte Vergiftungsbild kennt und daran denkt, ein Leichtes sein.

*) Lehrbuch der Intoxicationen. Stuttgart 1893.

Hygiene.

Handhabung der Gesundheitspolizei in der Stadt Hildesheim während der Jahre 1892 bis 1899 und ihre Erfolge.

Von O. Gerland.
(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 32, S. 505 u. f.)

Der Verf. giebt in der vorliegenden Arbeit eine Fortsetzung seines den gleichen Gegenstand betreffenden Aufsatzes im 25. Bd. derselben Zeitschrift. Nach einander werden die Gesundheitsverhältnisse, die Wohnstätten, das Wasser, die Nahrungs- und Genussmittel, die gewerblichen Anlagen, die Fürsorge für Kranke und Gebrechliche, Bäder u. s. w. besprochen und die dazu ergangenen Polizeiverordnungen mitgetheilt. Der Bericht legt Zeugniss ab von der zielbewussten Handhabung der Gesundheitspolizei auf den beregten Gebieten. Als Anhang ist der vorliegenden Arbeit die Dienstanweisung für die Desinfectoren an der städtischen Desinfektionsanstalt Hildesheim vom 3. November 1895 beigefügt. (Vergl. auch Hygienische Rundschau, Jahrgang 1897, Seite 1 u. f.)

Roth, Potsdam.

Einiges über Ziele und Aufgaben der Berliner Gesellschaft abstinenter Aerzte.

Von Wulffert.

Vortrag, gehalten in der ersten Sitzung der Berliner Gesellschaft abstinenter Aerzte am 25. Juni 1900.
(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. 32, S. 624.)

Die Berliner Gesellschaft abstinenter Aerzte, die sich vor Kurzem gebildet, ist eine Orts- oder Landesgruppe des grossen, über das ganze deutsche Sprachgebiet sich erstreckenden Vereins abstinenter Aerzte. Der Verein bezweckt, die durch die Alkoholforschung gewonnenen sicheren Ergebnisse unter Aerzten und Nichtärzten bekannt zu machen und darauf hinzuwirken, dass in ihrem Bezirke diejenigen sozialen und wirthschaftlichen Vorbedingungen geschaffen werden, die für eine erfolgreiche Behandlung der Trinker nothwendig sind, während die sozialethische und wirthschaftliche Behandlung der Frage und die hieraus sich ergebenden praktischen Aufgaben anderen Vereinen überlassen bleiben.

Verf. beginnt mit einer kurzen Erörterung über die wissenschaftlichen Ergebnisse der Alkoholforschung, namentlich die Frage nach dem Nährwerth des Alkohols und seiner therapeutischen Bewerthung, letzteres unter Beschränkung auf einige chronische Krankheiten. Bei der Besprechung der praktischen Aufgaben des Vereins und seines eigentlichen Ziels, der Trinkerheilung, erklärt der Verf. als geeignet für die Heilung von Trinkern nur diejenigen Anstalten, die in sich, in der Gesammtheit ihres Personals einen kleinen Abstinenzverein darstellen und deren Terrain zugleich als „alkoholfreie Insel“ im Sinne Kahlbaum's gelten kann. Hierin wird dem Verfasser ebenso beizustimmen sein, wie in seinen Ausführungen über die fragwürdige Beschaffenheit der meisten der in den Handel gebrachten Limonaden und Fruchtsyrupe Nach der Entlassung aus der Anstalt ist wiederum der Abstinenzverein für die meisten geheilten Trinker unentbehrlich. — Daraus, dass der Verf. den Abstinenzverein nicht für alle erforderlich hält, ist zu schliessen, dass der Verf. unter Umständen auch eine Dauerheilung ohne Zwang und ohne das Beispiel völliger Abstinenz für möglich hält.

Der zweite Theil der praktischen Aufgabe bezweckt, die Umgebung zu bessern, die terroristische Herrschaft der Trink-

sitten zu brechen und die Gesellschaft vom Alkoholismus zu befreien. Wenn die intellektuell und ethisch hervorragenden Kreise der Gesellschaft an dem Kampf gegen den Alkoholismus nicht ein reges Interesse bekunden, wenn sie sich gleichgültig oder gar widerstrebend verhalten, werden auch die besten Gesetze zur Erreichung des erstrebten Ziels als unzureichend sich erweisen. Hierbei darf nicht vergessen werden, dass aller Fortschritt auf sittlichem Gebiet nur ein langsamer und allmählicher ist, dass auch hier viele Wege zum Ziel führen, und dass, wo das Ganze nicht zu erreichen, auch unter dem Zeichen der Mässigkeit Siege errungen und Existenzen gerettet werden können. Beide, Enthaltsamkeit und Mässigkeit, erstreben das gleiche Ziel, die Bekämpfung der Trunksucht, beide sollen sich deshalb ergänzen und gegenseitig zu fördern suchen. (Ref.)

Jedenfalls wird man vom Standpunkt der Volksgesundheit den Bestrebungen des Vereins abstinenter Aerzte nur besten Erfolg wünschen können. Wenn irgendwo, ist gerade auf diesem Gebiet das Beispiel von ausschlaggebender Bedeutung.

Roth, Potsdam.

Ueber den Einfluss von flüssiger Luft auf Bacterien.

Allan Macfayden.
(The lancet, 24. März.)

Macfayden hat die Experimente anderer Forscher wiederholt und die Einwirkung von flüssiger Luft auf Bakterien verschiedenster Art nachgeprüft. Zu seinen Untersuchungen benutzte er Kulturen von Typhusbazillen, Bacterium-Coli, Diphtherie, Cholera, Milzbrand, Milchsäure-Bazillen Staphylococcus, pyogenes aureus etc., nur junge und virulente Kulturen, und zwar sowohl auf festem wie flüssigem Nährboden von verschiedener Art. Diese Kulturen wurden zu gleicher Zeit der Temperatur von flüssiger Luft das heisst also — 182 Grad bis 190 Grad C. 20 Stunden lang ausgesetzt. Die Resultate waren folgende: Alle Bakterien behielten ihre Lebensfähigkeit in ungeschwächtem Masse. Frische Kulturen, welche von so behandelten abgeimpft worden waren, zeigten ebenfalls unverminderte Virulenz. So z. B. wurde durch Bacterium-Coli nach wie vor Milch zu Gerinnung gebracht, Zucker vergohren und Indol produzirt. Staphylococcus pyogenes aureus behielt seine Farbe.

Zu erwähnen ist noch der folgende interessante Versuch. 50 Liter Luft des Laboratoriums wurden verflüssigt, sodass die Temperatur — 210 Grad C. erreichte. Die so behandelte Luft wurde zu Platten-Kulturen auf verschiedenem Nährboden unter aëroben und anaëroben Bedingungen benutzt, die Platten zum Theil bei 22 Grad zum Theil bei 37 Grad C. während 10 Tagen beobachtet. Die anaëroben Kulturen blieben steril, auf den aëroben entwickelten sich 44 Arten von Keimen, welche aus Bazillen, Coccen, Sarcinen und Hefe bestanden. Eine Hefesorte z. B. (Buchner's Zymase) behielt ihre Fähigkeit, aus Zucker Alkohol und Kohlensäure zu produziren.

Damit ist wiederum der Beweis erbracht, dass Bakterien bis zu einer Dauer von 20 Stunden unter 190 Grad C. abgekühlt werden können, ohne dadurch in ihrer Lebensfähigkeit geschwächt zu werden. Franz Meyer-Berlin.

Bemerkung über den Einfluss der Temperatur flüssiger Luft auf Bakterien.

Allan Macfadyen and S. Rowland.
(The lancet 21. April.)

Im Anschluss an den Bericht von Macfadyen vom 24. März über den Einfluss der Temperatur flüssiger Luft auf Bakterien, worüber ich bereits referirt habe, werden nun von Macfadyen und Rowland neuere Resultate über diese Untersuchung mitgetheilt. Die Bakterien wurden dabei der Temperatur von flüssiger Luft (— 183 Grad C — 192 Grad C) für eine viel längere Zeitperiode, nämlich für sieben Tage ausgesetzt Zum Versuch wurden wieder Typhus-Bazillen, Bactorium coli Diphtherie-, Milzbsand-, Milchsäure-Bazillen, Cholera-Spirillen Staphylococcus pyogenes aureus, Sarcine, Saccharomyces, nicht sterilisirte Milch etc. gewählt und zwar wurde dabei noch unter grösseren Cautelen gearbeitet. Auch diesmal blieb das Wachsthum dieser Organismen danach unbeeinflusst, und auch die Culturen, welche von so behandelten Bakterien abgeimpft wurden, zeigten ein ungeschwächtes Wachsthum.

Franz Meyer-Berlin.

Eine weitere Mittheilung über den Einfluss der Temperatur von flüssigem Wasserstoff auf Bakterien.

Allan Macfadyen and Sydney Rowland.
(The lancet 28. Juli.)

Im Anschluss an die früheren Versuche (cf. Referate the lancet 24. Mai und 21. April), durch welche bewiesen wurde, dass die Temperatur der flüssigen Luft keinen nachweisbaren Einfluss auf das Wachsthum und die Lebensfähigkeit der Mikroorganismen hat, haben die beiden Forscher die Wirkung einer noch niedrigeren Temperatur studirt und zwar derjenigen, welche der Temperatur von flüssigem Wasserstoff entspricht. Es wurden dieselben Bakterien verwandt wie bei den letzten Versuchen, Typhus-, Milchsäure-, Diphtherie-, Milzbrand-Bazillen, Cholera-Spirillen, Proteus vulgaris, Bacterinin coli, Staphylococcus pyogenes aureus, eine Sarcine- und eine Hefe-Art etc. Die Kulturen waren auf Bouillon angelegt, sie wurden einer Temperatur von 252 Grad C ausgesetzt. Am Ende des Versuchs wurden die Röhrchen geöffnet und der Inhalt sowohl mikroskopisch untersucht als auch zur Weiterimpfung benutzt. Auch in diesem Falle konnte ein Einfluss der Temperatur in keiner Weise nachgewiesen werden. Franz Meyer-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen vom 16. bis 22. September.

35. Abtheilung: Unfallheilkunde.
(Monatsschr. f. Unfallheilk.)
(Schluss.)

Kreisphysikus San.-R. Hensgen-Siegen: Wie haben wir Aerzte uns den bei Unglücksfällen erste Hilfe leistenden Nothhelfern gegenüber zu stellen?

Vortr. setzt auseinander, dass die ärztlich ausgebildeten Sanitätskolonnen sowohl ihrer Ausbildung nach als in Anbetracht der Gefahr einer Grossziehung des Pfuscherthums den Samaritervereinen vorzuziehen seien.

In der Diskussion nimmt Herr Düms die Samariter, insbesondere den Deutschen Samariterbund, gegen den Vortr. in Schutz, nicht ohne zu betonen, dass das Thema sich für eine andere Stelle besser geeignet hätte.

Hensgen-Siegen: Zwei Fälle von Nierenverletzungen in Folge übermässiger Muskelkontraktionen.

Ein Fabrikant hatte seine erkrankte, sehr beleibte Frau aus einem Bett in das andere gehoben, wobei er den Rumpf nach rechts drehen musste. Hierbei empfand er Schmerzen im Rücken und hatte drei Tage lang blutigen Harn. Nach drei bis vier Wochen, als H. den Verletzten sah, war Alles wieder normal. Eine Krankheit der Harnwege hatte nie bestanden. Die Nierenverletzung [eine solche wird ohne weiteres angenommen, trotzdem über die Art der Blutbeimischung und

den mikroskopischen Befund kein Wort gesagt ist. Ref.] musste als Unfall entschädigt werden.

Ernster war der zweite Fall. Ein kräftiger junger Bursche hatte mit einem andern zusammen eine Bretterlast zu heben. Der andere Arbeiter hob nicht rechtzeitig mit an, so dass der Erstgenannte eine unerwartet schwere Arbeit zu leisten hatte. Sofort stellte sich ein Schmerz in der rechten Lendengegend ein, der immer schlimmer wurde. Seitdem bestand blutige Beimischung im Harn, trotzdem arbeitete der Verletzte noch fünf Tage weiter. Als ihn H. nachher untersuchte, fand er die rechte Nierengegend druckschmerzhaft bei starkem Blutgehalt des Harns. [Auch hier ist leider der mikroskopische Befund nicht erwähnt. Ref.]. Die Blutung hielt noch länger als eine Woche an. Auch z. Z. des Vortrags war der Harn stark eiweisshaltig. Der Verletzte wurde nach Wildungen geschickt.

Thiem-Cottbus: Verschlimmerung eines Falles von spastischer Cerebralparalyse (angeborener spastischer Paraplegie) durch eine periphere Verletzung.

Die Little'sche Krankheit, die entweder als einfache Spannungslähmung der Beine oder als solche Lähmung im Verein mit seelischen Entwicklungsmängeln auftreten kann, hat wahrscheinlich ihren Sitz nicht immer im Gehirn, sondern gelegentlich auch im Rückenmarkstheil der Pyramidenbahnen. Dies wird zum Verständniss des vorliegenden ungemein interessanten Falles beitragen können.

Ein geistig gesunder Mann, der, ohne besondere Schwierigkeiten und ohne Kunsthilfe geboren, erst mit vier Jahren gehen gelernt hatte und eine Unbehilflichkeit und Steifheit besonders im linken Bein andauernd zurückbehielt, aber im landwirthschaftlichen Betriebe alle vorkommenden Arbeiten leisten konnte, erlitt mit 31 Jahren einen rechtsseitigen Unterschenkelbruch. Jetzt bildete sich eine ganz typische, schwere, doppelseitige Gliederstarre aus. Nur mit zwei Krücken, die Füsse am Boden schleifend, die Kniee eingeknickt, konnte er sich noch fortbewegen.

Der Schwerkranke entging nicht dem Vorwurf der Simulation. Thiem aber verkannte natürlich das ausgesprochene Krankheitsbild nicht und billigte ihm Vollrente wegen Arbeitsunfähigkeit und Hilflosigkeit zu.

Besonders bemerkenswerth ist der Fall als Gegenstück zur Verschlimmerung der Tabes dorsalis nach Gliedmassenverletzungen.

Bettmann - Leipzig: Demonstration von Röntgogrammen und Krankengeschichte von drei Ellbogenresektionen.

Der erste Fall — eine nicht eingerenkte und daher mit ungünstigem Ergebniss abgelaufene Verrenkung des Radiusköpfchens mit Bruch der Elle (Parirbruch) — soll zeigen, eine wie schwere Unterlassungssünde die Versäumung rechtzeitiger Durchleuchtung ist, wenn der Nachweis einer zu vermuthenden Knochen- oder Gelenkverletzung auf andere Weise nicht möglich ist [war das hier der Fall? Ref.]. Eine Abtragung des Radiusköpfchens besserte die Beweglichkeit einigermassen. Die in der Streckstellung versteiften Finger boten der Behandlung unüberwindliche Schwierigkeiten. Erst durch gewaltsame Beugung in Narkose — wozu die Verletzten immer schwer zu bewegen sind — gelang es, eine hoffentlich auf die Dauer festzuhaltende Beugestellung zu erreichen. Man sollte bei Armbrüchen mehr, als es bisher üblich ist, darauf Rücksicht nehmen, dass schlimmstenfalls die Finger nicht in Streck-, sondern in Beugestellung versteifen.

Im zweiten Falle lag nach einem Sturz aus 7 m Höhe auf den linken Ellbogen nach etwa fünf Monaten eine völlige Gelenkversteifung vor. Das Röntgenbild zeigte Verrenkung der Elle nach hinten, Einkeilung des abgebrochenen äusseren Rollhügels in das Radiusköpfchen, Abbruch des inneren Rollhügels, Flächenverwachsung zwischen Speiche und Elle. Eine ausgiebige Entfernung aller hindernden Knochentheile und sorgfältigste Nachbehandlung vermochte dennoch auf die Dauer nur mässige Bewegungsmöglichkeit zu bewirken. Bei so lange versteift gewesenen Gelenken ist wahrscheinlich die Neigung zu Kapselschrumpfungen unüberwindlich. Man soll daher lange versteifte Gelenke, wenn die Stellung nur günstig ist, in Ruhe lassen. Bei frischen Gelenkbrüchen aber soll man mit blutigen Eingriffen nicht zu sparsam sein.

Der dritte Fall stellt einen knöchernen Körper dar, der nach Fall auf die ausgestreckte Hand auf der Vorderfläche des Ellbogengelenks erschienen ist, aber erst nach sechs bis acht Wochen völligen Wohlbefindens. B. hält ihn für ein Produkt von Muskelverknöcherung im innern Armmuskel.

In der Diskussion giebt Thiem seiner Ansicht Ausdruck, dass solche Körper, wie der von Bettmann gezeigte, häufig durch Muskelzug abgerissene, später grösser gewordene Stücke von Knochen darstellen. Er zeigt im Röntgenbilde einen im Oberarmstrecker sitzenden Knochenkörper, der ganz offenkundig vom Ellbogen abgerissen ist.

Schulze-Duisburg zeigt orthopädische Apparate zur Behandlung von Ober- und Unterschenkelbrüchen, von Klumpfuss und Hohlfuss und zur Korrektur der Kyphose.

Düms: Ueber die Beziehungen der costalen Herzdämpfung zur linken Brustwarzenlinie.

Bei der Untersuchung gesunder Soldaten fand Vortr. bei 30 Prozent den Spitzenstoss in der Brustwarzenlinie, bei 8 Prozent links von derselben. Die Leute wurden genau im Auge behalten, aber es fand sich während der ganzen Dienstzeit nichts Krankhaftes an ihnen.

Thatsächlich besteht auch durchaus kein gleichmässiges Verhältniss zwischen der Entfernung beider Brustwarzen von einander einerseits und Körpergrösse, Körpergewicht, Breite des Brustkorbes andererseits, während mit der Körpergrösse die Grösse des Herzens zuzunehmen pflegt.

Wenn also die Herzdämpfung über die linke Brustwarzenlinie verbreitert gefunden wird, muss man den Abstand der linken Brustwarze von der Mitte des Brustbeins berücksichtigen.

In der Diskussion betont Guder-Laasphe die Wichtigkeit dieser Untersuchungen für die Lebensversicherungs-Gesellschaften, die bisher alle Untersuchten, deren Spitzenstoss in oder links von der Brustwarzenlinie lag, ausschlossen.

Thiem: Ueber Thermalbehandlung Unfallverletzter und Invalider.

Nach einer längeren Einleitung, in der den Aerzten die selbständige Handhabung der physikalischen Heilmethoden dringend an's Herz gelegt wird, theilt Vortr. seine weiteren Erfahrungen mit der Wärmebehandlung (cf. Nr. 7 dieser Ztschr.) mit. Sie beziehen sich auf 86 Kranke im Alter zwischen 13 und 72 Jahren, die theils an Gelenkleiden verschiedenster Art, theils an Versteifungen nach Knochenbrüchen und Zellgewebsentzündungen, theils an Ischias litten. Meist, besonders bei Ischias, waren die Ergebnisse recht befriedigend. Nur bei tuberkulösen Gelenkentzündungen erfolgte regelmässig eine Verschlimmerung. Bei gonorrhoischen Entzündungen wurde Anfangs die Schwellung stärker, aber der Schmerz liess nach und die Beweglichkeit wurde besser; später schwollen die Gelenke ab. Bei allen Erkrankungen des Gefässsystems ist die Methode unanwendbar, selbst gut kompensirte Herzfehler erfuhren sofortige Verschlimmerung durch Heisssand-Vollbäder.

Vortr. giebt weiterhin Genaueres über das Verhalten von Puls und Temperatur bei den einzelnen Formen der Wärme

behandlung an. Eine tabellarische Uebersicht über diese Angaben würde sich folgendermassen gestalten:

	Pulssteigerung			Temperatursteigerung		
	min.	max.	Durchschn.	min.	max.	Durchschn.
Dampfbad . .	2	12	6 Schläge	0,1	0,6	0,3 Grad
Sand-Theilbad	2	18	6 „	0,1	0,5	0,26 „
Sand-Vollbad	2	46	26 „	0,2	1,2	0,52 „
Fangopackg. (Viertelkörper) . .	8	24	13 „	0,4	1,1	0,5 „
Fango-Hand- od. Fussbad	2	24	9 „	0,1	0,6	0,35 „
Heissluft . .	0	20	9 „	0	1,0	0,23 „

Die höchsten Wärmegrade, die bei strömendem Dampf vertragen wurden, betrugen 53 bis 62, bei heisser Luft verhielten sich die verschiedenen Körpergegenden verschieden, am wenigsten empfindlich war das Knie (62—148, im Durchschnitt 93°), am empfindlichsten Kreuzgegend und Hüfte (45 bis 76, im Durchschnitt 60°).

J. Riedinger-Würzburg: Vorzeigung eines Gehirns mit Zeichen von Kontrakontusion (Contrecoup).

C. Schindler-Berlin: Ueber die Mitwirkung der Aerzte bei der Abschätzung des Unfallschadens nach Prozenten der Erwerbseinbusse.

Vortr. knüpft an die Aeusserung des Staatssekretärs Grafen Posadowsky an: Die Aerzte seien nicht geeignet, die rein technische Frage zu beurtheilen, zu welchen Arbeiten Unfallverletzte noch fähig seien; diese Frage sei ausschliesslich von Männern der praktischen Arbeit zu lösen und die Berufsgenossenschaften hätten sich viel Aerger und Geld erspart, wenn sie sich nicht so sklavisch an die Rentenabschätzungen der Aerzte hielten. (Vergl. die gegentheiligen Aeusserungen des Landesraths Meyer, vorige Nummer S. 462.)

Vortr. weist, was die Berufsgenossenschaftsärzte betrifft, die Ausführungen des Herrn Staatssekretärs zurück. Die Aerzte haben sich nicht dazu gedrängt, die Renten abzuschätzen, sondern die Laien haben sie um ihre Hilfe gebeten, weil sie eben allein nicht mit der Abschätzung fertig wurden.

Zu Sklaven der Aerzte haben sich aber nicht die Berufsgenossenschaften gemacht, sondern die Berufungsinstanzen. Hier bringt Vortr. einige durch fetten Druck hervorgehobene Seitenhiebe auf die von den Schiedsgerichten angezogenen beamteten Aerzte, die, sofern sie nicht bekannte [warum bekannte? Red.] Spezialärzte seien, ganz und gar nicht mehr von der Sache verstünden als die Berufsgenossenschaftsärzte.

Zum Schluss schlägt Schindler vor:

1. Im Allgemeinen sollen nur Krankheitsberichte zur Aufklärung der Unfallangelegenheit über den früheren und augenblicklichen Zustand der Verletzten von den Aerzten eingefordert werden.

2. Im Verlauf des ganzen Verfahrens bis zum Reichs-Versicherungsamt sollen nur zweimal Aerzte um einen Renten-Voranschlag gebeten werden, einmal der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft, einmal der des Schiedsgerichts. In der dritten Instanz soll kein Arzt mehr einen Abschätzungsvorschlag machen.

Wagner-Aachen: Ueber ambulante Beinbruchbehandlung und Beinverbände.

Vortr. zeigt und empfiehlt Leimverbände für Beinbrüche und Brüche kleiner Knochen.

Mehrere Redner sprechen in der Diskussion ihre Meinung dahin aus, dass der praktische Arzt bei grösseren Knochenbrüchen immer noch am besten mit dem Gipsverband auskommt.

Den Schluss der Sitzung bildete eine Erörterung darüber, wie der nicht genügend umfassende Name „Unfallheilkunde" für die Thätigkeit des Arztes bei der Durchführung der Versicherungsgesetze zweckmässig zu ersetzen wäre.

Thiem schlägt bedingt den Namen „soziale Medizin" oder „soziale Heilkunde" vor. Düms hält diese Bezeichnung für nicht eindeutig und räth, vorläufig den alteingebürgerten Namen beizubehalten. Derselben Ansicht ist Riedinger. Bähr stellt den Namen „Versicherungsmedizin" zur Diskussion. Die Erledigung der Frage wird vertagt.

Jahresversammlung des Vereins der Bahn- und Kassenärzte im Bezirke der Königlichen Eisenbahndirektion Halle a. S.

am 12. Oktober a. c. in Berlin.

(Offizieller Bericht.)

Der Vorsitzende **Satlow**-Leipzig eröffnet die Versammlung, indem er den Vertreter der Königl. Eisenbahndirektion Halle, Herrn Regierungs-Assessor Grunow, begrüsst, theilt mit, dass durch Tod 3 Mitglieder ausgeschieden sind, zu deren Ehren sich die Versammlung von ihren Sitzen erhebt, sowie dass durch Austritt von 3 und Neueintritt von 10 Mitgliedern die Zahl der Mitglieder von 65 auf 69 gestiegen ist; gleichzeitig, dass eine Anzahl von Neuanmeldungen vorliegt.

In Folge von Erkrankung des Kassenführers muss der Kassenbericht ausfallen. Zum neuen Kassenführer wird der bisherige Schriftführer Herr Clemens-Halle ernannt; die Herren Gröger-Brehna und Zeiss-Jessnitz i/A. werden zur Ergänzung des Vorstandes neu gewählt, Letzterer als Schriftführer. Als Ort der nächstjährigen Versammlung wird wiederum Berlin gewählt.

Hierauf berichtet Herr **Clemens**-Halle über die vom 27. bis 29. März a. c. in Berlin für Bahnärzte abgehaltenen Vorle ungen über Tuberkulose. Hieraus ist zunächst hervorzuheben, dass der deutliche Nachweis von Lungenverdichtungen, Cavernen etc. durch Vervollkommnung der Röntgenphotographie sehr wohl gelingt, wie dies die Demonstrationen des Herrn Grummach darthun. Aus den Vorlesungen der Herren Strauss, Brieger, Brandenburg und Pannwitz ergiebt sich die Nothwendigkeit der Frühdiagnose, für welche die physikalischen Untersuchungsmethoden gegenüber der bakteriologischen bevorzugt werden, und die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung im frühesten Stadium, die über $^2/_3$ Heilerfolge bei $^1/_4$jähriger Behandlungsdauer und circa 300 Mark Kosten pro Fall aufweist.

Der Vorsitzende berichtet sodann über den allgemeinen deutschen Bahnärztetag in Baden-Baden am 23. und 24. Juni a. c., der ebenfalls die Tuberkulosefrage behandelte. Es geht aus den Verhandlungen hervor, dass, Dank der vorsichtigen Auswahl, das Eisenbahnpersonal minder gefährdet ist, als die Gesammtbevölkerung; dass die Morbidität und Mortalität an Tuberkulose proportional dem geringeren oder grösseren Luftgenuss im Dienste steigt und fällt, und dass zur Verminderung der Tuberkulose Alles darauf ankommt, die Widerstandsfähigkeit zu erhöhen und die Schädlichkeiten zu vermindern.

Herr **Herzfeld**-Berlin weist sodann darauf hin, dass die geforderte Frühdiagnose der Tuberkulose meist nicht möglich ist, weil die Patienten den Arzt zu spät aufsuchen; er fordert

deshalb regelmässige Lungenuntersuchungen der sämmtlichen Eisenbahnbediensteten. Nach lebhafter Debatte hierüber wird beschlossen, den angeregten Gedanken festzuhalten und in der nächsten Versammlung darüber weiter zu verhandeln.

Hierauf folgt ein Vortrag von Herrn Professor Mendel-Berlin über Epilepsie und Unfall, der an anderer Stelle in diesem Blatte veröffentlicht werden wird.

Der Vortrag des Herrn Köhler-Leipzig über die Karenztage bei den Krankenkassen, insbesondere bei der Eisenbahnbetriebskrankenkasse Halle, musste wegen vorgerückter Zeit vertagt werden. Satlow-Leipzig-Gohlis.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Obergutachten, betreffend die traumatische Entstehung eines Wasserbruchs (Hydrocele.)

(Amtl. Nachrichten des R. V. A.)

In der Unfallversicherungssache des Arbeiters Friedrich S. in Sch. gebe ich auf Antrag des Reichs-Versicherungsamts folgendes Gutachten ab:

Bei der am 24. Mai vorgenommenen Untersuchung des S. fand sich bei dem kräftig gebauten, im Uebrigen gesunden Mann eine Vergrösserung der rechten Hodensackhälfte. In derselben fühlt man, dem normal grossen Hoden aufliegend, den bis zur Kleinfingerdicke verdickten Nebenhoden. Derselbe ist verhärtet, hat eine knollige Oberfläche und ist auf Druck etwas schmerzhaft. Ein Erguss um den Hoden, Wasserbruch (Hydrocele), ist nicht nachweisbar.

Anlage zu Leistenbruch besteht nicht.

Die Frage, ob die vom Reichs-Versicherungsamt bezüglich der Entstehung von Leistenbrüchen angenommenen Grundsätze auch bezüglich der Entstehung von Wasserbrüchen Geltung haben, ist zu verneinen.

Die Wasserbrüche (Hydrocelen) stellen anatomisch eine völlig andere Erkrankung dar, als die Leistenbrüche. Sie entstehen theils von selbst (oft angeboren), theils in Folge chronischer Entzündung des Hodens und Nebenhodens, schliesslich können sie auch durch Verletzungen, und zwar sowohl einmalige grössere, als auch häufige kleinere, wie Druck, häufige Reibung etc. entstehen, welche den Hodensack direkt treffen.

Dass Wasserbruch in Folge Hebens von Lasten entstehe, ist nicht bewiesen und auch unwahrscheinlich.

Diese Annahme ist also auch für den vorliegenden Fall nicht statthaft.

Die nach den ärztlichen Berichten (Blatt 2 der Berufsgenossenschafts- und Blatt 2 der Schiedsgerichtsakten) vorhanden gewesene Hydrocele kann nicht in Folge des angeblichen Unfalls entstanden sein. Es hätte sich dann, wie in dem ärztlichen Bericht (Blatt 11 der Berufsgenossenschaftsakten) ausgeführt wird, bei der am 28. Mai 1898 ausgeführten Punktion Blut oder doch blutige Beimischung zum Inhalte finden müssen.

Vielmehr geht aus der Thatsache, dass nach der Punktion sich der „Hoden" bedeutend verdickt vorfand (Blatt 2^v der Berufsgenossenschaftsakten), sowie dass auch jetzt noch sich ein stark entzündlich verdickter Nebenhoden bei dem S. vorfindet, hervor, dass der Wasserbruch (Hydrocele) als in Folge der chronischen Entzündung entstanden anzusehen ist und nicht durch den „Unfall" hervorgerufen war.

Berlin, den 27. Mai 1899.

Professor Dr. W. Körte,
dirigirender Arzt des städt. Krankenhauses am Urban.

Nach dem vorstehenden Obergutachten hat das Rekursgericht zwar entgegen der Auffassung des Schiedsgerichts angenommen, dass die vom Reichs-Versicherungsamt bezüglich der Entstehung von Leistenbrüchen beobachteten Grundsätze bei Prüfung der Frage, ob ein Wasserbruch sich als Folge eines Betriebsunfalls darstellt, keine Anwendung zu finden haben. Die übrigen Darlegungen des Gutachters haben aber dazu geführt, dass auch in letzter Instanz der ursächliche Zusammenhang des Wasserbruchs sowie der sonstigen Hodenerkrankung mit der dafür vom Kläger verantwortlich gemachten Betriebsthätigkeit (Heben eines eisernen Rohres) verneint, und deswegen seinem Anspruche der Erfolg versagt worden ist.

Bronchitis und Blutvergiftung.

Rek.-Entscheidung vom 16. Dezember 1899.

Franz C. bezog seit dem 1. April 1898 auf Grund des Bescheides der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft vom 19. Juli 1898 in Folge eines am 3. Dezember 1897 erlittenen Betriebsunfalls, bestehend in einer Quetschung des linken Mittelfingers mit nachfolgender Zellengewebsentzündung, die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Durch Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 28. September 1898 ist die Rente vom 1. Oktober 1898 ab auf 50 Prozent der Vollrente herabgesetzt worden, weil in den Verhältnissen des Rentenempfängers, die für die Feststellung der Entschädigung massgebend gewesen sind, nach dem Gutachten des Dr. Sch. vom 27. September 1898 eine dementsprechende Aenderung eingetreten sei. Gegen den erwähnten Bescheid legte der Verletzte Berufung beim Schiedsgericht ein, welches noch ein Gutachten des Physikus Dr. B. zu M. einholte. Der Kläger soll im Dezember 1897 eine schwere Erkrankung durchgemacht haben; im Verlauf dieser Krankheit hat sich bei dem Kläger ein Lungenleiden ausgebildet, das dem Patienten im Winter die grösste Schonung auferlegen soll. Unter diesen Umständen erachtete das Schiedsgericht den Kläger für völlig erwerbsunfähig und verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Weiterzahlung der vollen Rente. Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein und trat namentlich der Auffassung entgegen, dass das Lungenleiden des Klägers mit seinem Unfalle vom 3. Dezember 1897 ursächlich zusammenhänge. Auf Beschluss des Reichs-Versicherungsamts ist Prof. Dr. T. in B. um ein Gutachten darüber ersucht worden, ob und wann in den Verhältnissen, die für die Festsetzung der vollen Rente massgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, worin diese Veränderung besteht und in welchem Grade der Kläger nunmehr durch die Unfallfolgen in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt wird etc. Prof. Dr. T. führt u. A. aus, der Kläger mache nicht den Eindruck eines Simulanten; seine linke Hand sei verstümmelt und fast unbeweglich. Der ganze Arm sei abgemagert; es besteht ferner eine Behinderung der Bewegungen im Fussgelenk. Der Patient hustet nur selten, Tuberkelbazillen befänden sich nicht im Auswurf. Es bestehe ein mässiger chronischer Bronchialkatarrh mit leichter Lungenerweiterung. Es sei möglich, dass ein tuberkulöser Prozess zum Ausdruck komme. Es sei auch möglich, dass die Eitervergiftung des Blutes zu einer Verschleppung von Eitererregern in die Lungen geführt habe; ein bedeutender Brandherd habe offenbar nicht vorgelegen. Prof. T. erklärte sich aber ausser Stande, mit Bestimmtheit zu entscheiden, ob der chronische Bronchialkatarrh in der schweren Blutvergiftung wurzle oder nicht. In den Verhältnissen, welche für Festsetzung der Vollrente massgebend gewesen sind, sei trotz der Versicherung

des Klägers eine wesentliche Besserung eingetreten. Diese habe sich offenbar im Sommer 1898 vollzogen. Während Dr. Sch. im Mai noch Schwellung der Hand, eiternde Fisteln, Schulterschmerzen und Fussschwellung nach längerem Gehen feststellte, waren Ende September die Fisteln beseitigt, Fuss- und Schulterbeschwerden erledigt. Das sei auch noch der Fall, nur dass die Funktion des rechten Fusses mässige Störungen aufweise. Dafür habe sich aber der Husten und Auswurf gebessert. Prof. Dr. T. bewerthet die Einbusse, die Kläger an seiner Erwerbsfähigkeit in Folge der Verstümmlung der linken Hand erlitten, auf 50 bis 60 Prozent, diejenige aus Anlass der Fussaffektion auf 5—10 Prozent. Hierzu würde noch, falls die juristische Behörde sich für eine Abhängigkeit der Brustbeschwerden vom Unfall entscheiden würde, 10 bis 15 Prozent kommen, so dass sich im günstigsten Falle der Gesammtverlust auf 75 Prozent stellen würde. Jedenfalls erscheine es angezeigt, den Kläger, der über einen kräftigen rechten Arm mit normaler Hand verfüge, dessen Gehstörungen bei leichteren Anstrengungen ebensowenig ins Gewicht fallen, als ein Lungenleiden, arbeiten zu lassen, bevor seine Muskulatur stärker schwinde und mehr psychische Hemmungen durch Brustschmerzen einen festeren Halt gewinnen. Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Präsidenten G. änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab: Es handelt sich darum, ob in den Verhältnissen, welche die Genossenschaft am 19. Juli 1898 veranlasst hatten, dem Kläger die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zu gewähren, eine wesentliche Veränderung dergestalt eingetreten ist, dass der Kläger seit dem 1. Oktober 1898 nicht mehr völlig erwerbsunfähig ist. Alle Zweifel, die nach dieser Richtung im Hinblick auf den Ausspruch des Kreisphysikus Dr. B. vom 2. November 1898 noch bestehen konnten, müssen durch das überzeugende Gutachten des Professors Dr. F. vom 18. August 1899 als gehoben gelten. Danach unterliegt es keinem Bedenken, den Eintritt einer Besserung im bezeichneten Sinne als erwiesen anzunehmen. Die Besserung hat sich der Hauptsache nach offenbar im September 1898 vollzogen. Während Dr. Sch. zu Berlin im Mai 1898 Schwellung der linken Hand, eiternde Fisteln, Schulterschmerzen sowie Anschwellung des rechten Fusses nach längerem Gehen feststellte, waren Ende September 1898 die Fisteln, die Schulter- und die Fussbeschwerden geschwunden; auch gegenwärtig sind solche Krankheitserscheinungen nicht vorhanden, nur weist die Funktion des rechten Fusses noch mässige Störungen auf. Hiervon abgesehen, bestehen die erweisbaren Unfallfolgen nur noch in völliger Unbrauchbarkeit der linken Hand Ausserdem leidet der Kläger allerdings auch an einem Bronchialkatarrh (Brustbeschwerden). Dass diese Krankheit in der durch den Unfall verursachten schweren Blutvergiftung wurzelt, ist in Anbetracht der nicht widerlegten Angabe, wonach der Kläger bis zum Unfall gesund gewesen und das Brustleiden offenbar im Anschluss an den Unfall aufgetreten sei, zwar möglich, aber nicht erwiesen und nach Lage der Sache um so weniger anzunehmen, als die Bronchitis chronisch geworden ist, eine Erscheinung, die gegen den Zusammenhang zwischen jener Blutvergiftung und der Brochitis spricht, weil ein durch derartige Eiterprozesse herbeigeführter Bronchialkatarrh mit der Heilung der Eitervergiftung aufzuhören pflegt. Die Einbusse, die der Kläger an seiner Erwerbsfähigkeit durch die Verstümmelung der linken Hand erlitten hat, bewerthet Professor Dr. F. auf 50 bis 60 pCt., während er die durch die Fussaffektion bedingte Verminderung der Erwerbsfähigkeit auf 5 bis 10 pCt. veranschlagt. Im Anschluss hieran hat das Reichs-Versicherungsamt den Grad der durch die gesammten Unfallfolgen verursachten Erwerbsunfähigkeit des Klägers für die Zeit vom 1. Oktober 1898 auf $66^2/_3$ pCt. geschätzt und dem entsprechend festgesetzt. M.

Tod von vier Arbeitern durch Genuss von Sprengöl — als Folge eines Unfalles beim Betriebe erklärt.

Der Vorarbeiter H. hatte in einem Granitwerk bei Meissen ohne Wissen der Betriebsleitung Sprengungen mit einer aus chlorsaurem Kali und Nitrobenzol hergestellten Mischung vorgenommen und das hierzu erforderliche Nitrobenzol, ein stark wirkendes Gift, in einem Schränkchen der Frühstücksbude der Arbeiter in einer mit der Bezeichnung Gift versehenen Flasche aufbewahrt. Eines Tages hatten vier in dem Betriebe beschäftigte Arbeiter aus dieser Flasche getrunken und sind in Folge davon an demselben Tage gestorben.

Wie die Untersuchung ergab, waren die Arbeiter, nachdem sie ihr Frühstück in der Frühstücksbude verzehrt hatten, wieder an die Arbeit gegangen. Nach kurzer Arbeit leisteten sie der Aufforderung eines Arbeiters-Folge und begaben sich nochmals in die Frühstücksbude, um dort noch einen Schnaps zu trinken, und hatten dabei von dem in einer Bierflasche befindlichen Sprengöl getrunken. Das Unglück ist dadurch möglich geworden, dass der Vorarbeiter den Schlüssel im Thürschloss der verschlossenen Frühstücksbude hatte stecken lassen, und dass ferner das Sprengöl in einer allen Arbeitern zugänglichen Weise von dem Vorarbeiter in der Frühstücksbude aufbewahrt worden war. Ob nun die Arbeiter gewusst hatten, dass sie Sprengöl tranken, oder ob dasselbe nur versehentlich von denselben getrunken wurde, ist nicht festgestellt worden.

Die Hinterbliebenen des Verunglückten R. haben Anspruch auf Gewährung von Angehörigenrente gestellt; sie sind aber mit ihren Ansprüchen von der Sektion abgewiesen worden, weil ein „Betriebsunfall im Sinne des Gesetzes" nicht vorliege.

Das Schiedsgericht hat den vorliegenden Fall ebenfalls nicht für einen „Betriebsunfall" angesehen und den ablehnenden Bescheid des Sektionsvorstandes bestätigt.

Das Reichs-Versicherungsamt hat dagegen das schiedsgerichtliche Urtheil und den Sektionsbefund aufgehoben und die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft zur Entschädigung der Angehörigen verurtheilt.

In den Gründen heisst es unter Anderem: Es muss mangels entgegenstehender Umstände angenommen werden, dass die Arbeiter nur aus Versehen von dem Sprengöl getrunken haben; da nun ein versehentliches Trinken von Gift unbedenklich einen Unfall darstellt, und da die Entschädigungsansprüche für Unfälle nach den Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes nicht dadurch ausgeschlossen werden, dass die davon betroffenen Arbeiter dieselben durch Leichtsinn oder grobes Verschulden selbst herbeigeführt haben (Handbuch II. Auflage Anmerkung 39 zu § 1 des Unf.-Vers.-Ges. Seite 34), so hängt die Entscheidung lediglich davon ab, ob der streitige Unfall sich bei dem Betriebe ereignet hat, und diese Frage hat das R.-V.-A. im Gegensatz zu dem Schiedsgericht bejaht.

Weiter heisst es in den Gründen, die Arbeitsbude, in welcher das Sprengöl aufbewahrt wurde, war eine zur Betriebsstätte gehörige Einrichtung. Die Aufbewahrung des Sprengöls in derselben geschah zu Betriebszwecken und bildete, wegen der Möglichkeit einer Verwechselung der Flaschen mit den die Getränke der Arbeiter enthaltenden, eine Gefahr für die Arbeiter. Der verunglückte R. ist also durch den Trunk aus der Sprengölflasche auf der Betriebsstätte einer Betriebsgefahr erlegen. Er hatte sich auch durch den Weg, den er von seinem Arbeitsplatze zur Bude unternahm, nicht ausser-

halb des Betriebes gesetzt, weil die Zeit der Arbeitsunterbrechung (höchstens 10 Minuten) zu kurz war, um in dieser Beziehung in Betracht zu kommen.

Der von dem Vorarbeiter bekundete Umstand, dass die Arbeiter ausserhalb der Arbeitspausen nichts in der Frühstücksstube zu suchen hatten, schliesst die Annahme eines Betriebsunfalles ebenfalls nicht aus, weil nichts dafür erbracht ist, dass den Arbeitern das Betreten der Bude ausserhalb der Arbeitspausen verboten, und dass das Verbot ernstlich durchgeführt worden war (zu vergleichenden Rekursentscheidungen 631 und 1148, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1888 Seite 346 und 1892 Seite 313).

Hiernach mussten den Klägern die beanspruchten Hinterbliebenenrenten zugesprochen werden.

(Monatsschr. f. d. Steinbruchs-Bg.)

Aus dem bayrischen Landesversicherungs-Amt.

Progressive Paralyse als Unfallfolge.

I. Gutachten des erstbehandelnden Arztes vom 23. Febr. 1899.

Auf Ansuchen bestätige ich, dass J. S. mit einer schweren Contusio dorsi vom 8. bis mit 16. Mai 1896 arbeitsunfähig in kassenärztlicher Behandlung stand; der Verletzte wurde von mir besucht, da er das Bett nicht verlassen konnte; seit 16. Mai 1896 erinnere ich mich nicht, denselben wieder gesehen zu haben, aber bei der Schwere der Prellung der Mitte der Wirbelsäule ist es nicht ausgeschlossen, dass sich in späterer Zeit eine Erkrankung der Medulla spinalis und der Meningitis derselben ausgebildet hat.

II. Gutachten der Kreisirrenanstalt E. vom 9. Juni 1899.

Die . . . Berufsgenossenschaft requirirt ein Gutachten darüber, ob bei dem in der Kreisirrenanstalt befindlichen Maurer J. S. die geistige Störung im Zusammenhang mit einem am 8. Mai 1896 erlittenen Unfall stehe, resp. welches etwa die Entstehungsursache des dem S. anhaftenden Leidens sei.

Was zunächst den in Rede stehenden Unfall anbelangt, so ist darüber Folgendes konstatirt:

Am 8. Mai 1896 Nachmittags liess beim Neubau eines Kamines ein Maurer durch Unvorsichtigkeit Steine herabfallen, welche den S. beim Vorübergehen trafen und im Rücken verletzten. Infolge dieser Verletzung, welche von dem behandelnden Arzte als „schwere contusio dorsi" bezeichnet wird, war S. 8 Tage arbeitsunfähig und bettlägerig. Jener Arzt hält es nicht für ausgeschlossen, dass sich in Folge dieser Rückenmarkverletzung eine Erkrankung der Medulla spinalis und Meningitis derselben ausgebildet hat.

Am 20. April 1897, also fast ein Jahr danach, wurde S. in das Krankenhaus München r. d. J. verbracht. Seine Frau machte bei der Aufnahme über seine Erkrankung folgende Angaben:

Ihr Mann klage seit einem Monat über Kopfweh, schlafe sehr wenig, habe jedoch seine Arbeit wie gewöhnlich verrichtet. Seit 15. April 1897 vernachlässige er seine Arbeit oder mache sie verkehrt, so z. B. habe er eine Wand zum Theil gelb, zum Theil roth, zum Theil grün gestrichen. Am Tage der Aufnahme (19. April 1897) habe S. sinnlose Einkäufe gemacht, zwei Velocipede und einen Sportanzug für seine Frau bestellt, verschiedenen Bekannten den Auftrag ertheilt, Wagen und Pferde für ihn zu kaufen; er könne sich Alles leisten, sei ein Baumeister, Millionär, und brauche nicht mehr zu arbeiten.

Frau S. deponirte ferner noch, dass ihr Gatte früher einen Typhus zu überstehen hatte, nach sechsmonatlicher Dienstzeit vom Militär wegen eines Herzleidens frei wurde, und dass seine Eltern und Geschwister gesund waren.

S. blieb bis zum 3. Mai 1897 im Krankenhaus in München r. d. J. — Er war daselbst heiterer Stimmung, sang und pfiff sprach von seinem grossen Vermögen, machte unsinnige Projekte, entleerte Harn und Stuhl ins Zimmer und entkleidete sich.

Am 3. Mai 1897 erfolgte seine Aufnahme in die hiesige Anstalt.

Seine psychische Erkrankung, allgemeine fortschreitende Paralyse, war schon damals deutlich ausgesprochen und hat inzwischen weitere Fortschritte gemacht. Die bereits bei Aufnahme vorhanden gewesene geistige Schwäche ist allmählich in vollständigen Blödsinn übergegangen.

Während er Anfangs noch Grössenwahnsinnsideen producirte und in gehobener Stimmung sich befand, ist er nunmehr ganz theilnahmslos geworden. Er sitzt, blöde lachend, apathisch herum, hat keine Ahnung mehr von seiner Lage, weiss nicht, wo er sich befindet, giebt nur zögernd und höchst mangelhaft Antwort, delirirt bisweilen, dass er keinen Körper mehr habe, und lässt, während er sich in der ersten Zeit reinlich und ordentlich gehalten, jetzt Koth und Urin unter sich gehen.

Von motorischen Symptomen sind hervorzuheben: schmierende, fast unverständliche Sprache, mehrfache Innervationsstörungen, Pupillendifferenz und Pupillenstarre, schwankender, unsicherer Gang, Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, fibrilläre Zuckungen der mimischen Muskulatur, paralytische Handschrift.

S. leidet an allgemeiner fortschreitender Paralyse (Gehirnerweichung), ist unheilbar und wird in absehbarer Zeit seinem Leiden erliegen.

Die Ursache seiner Erkrankung vermögen wir nicht anzugeben, da in den sehr nothdürftigen anamnestischen Angaben die wichtigsten Momente (überstandene Syphilis, Alkoholexcesse) unberücksichtigt geblieben sind und der derzeitige körperliche Befund keine Rückschlüsse gestattet.

Die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem am 8. Mai 1896 erlittenen Unfall und der Geistesstörung besteht, müssen wir verneinen, und zwar aus folgenden Gründen:

Die Ehefrau datirt den Beginn der geistigen Erkrankung auf Mitte März 1897. Bis dahin war S. erwerbsfähig und hat seine Maurerarbeiten ordentlich versehen. Erst von da ab zeigten sich die charakteristischen Merkmale der allgemeinen Paralyse.

Wenn der genannte Unfall, resp. die damals erlittene Verletzung der Ausgangspunkt für die jetzt bestehende Paralyse gewesen wäre, so müsste die ganze Entwickelung der Krankheit eine andere gewesen sein und S. hätte nicht fast noch ein ganzes Jahr lang arbeits- und erwerbsfähig geblieben sein können. Wir begutachten daher, dass ein Causalnexus zwischen der am 8. Mai 1896 erlittenen Contusio dorsi und der nun bestehenden geistigen Erkrankung (Paralyse) nicht besteht.

III. Obergutachten von Obermedizinalrath Dr. Grashey vom 26. April 1900.

S. J. 26 Jahre alt, verheiratheter Kesselmaurer von München, erlitt am 8. Mai 1896 zu Ammerthal eine starke Prellung des Rückens durch einen aus beträchtlicher Höhe herabfallenden Stein. Nach dem Zeugniss des praktischen Arztes Dr. F., welcher ihn behandelte, bestand eine schwere Contusio dorsi (Prellung des Rückens). S. stand deshalb vom 8. bis inkl. 16. Mai 1896 in ärztlicher Behandlung. Ende Mai 1896 war er wieder arbeitsfähig. Am 20. April 1897 wurde S. wegen Geistesstörung in das Krankenhaus München r. d. J.

verbracht und am 3. Mai 1897 in die Kreis-Irrenanstalt E. Nach dem Gutachten des kgl. Direktors genannter Anstalt vom 9. Juni 1899 ist nicht zu bezweifeln, dass S. an allgemeiner fortschreitender Paralyse erkrankt war.

Bezüglich der Ursache dieses Leidens ist in erwähntem Gutachten bemerkt, dass die Angaben über die Vergangenheit des Kranken sehr dürftig seien und über die wichtigsten ursächlichen Momente, nämlich über etwa vorausgegangene syphilitische Erkrankung und über etwa stattgehabte Alkoholexcesse keinen Aufschluss geben. Gleichzeitig ist erwähnt, dass der körperliche Befund nicht der Art sei, dass man aus ihm auf vorausgegangene syphilitische Erkrankung oder Alkoholexcesse schliessen könne.

Es ist demnach zweifelhaft, ob S. früher einmal an Syphilis litt, und ob er Alkoholexcessen ergeben war. Da nun traumatische Erschütterungen des Gehirns und solche des Rückenmarks ebenfalls zu den Ursachen der allgemeinen fortschreitenden Paralyse gehören, so entsteht die Frage, ob die paralytische Erkrankung des S. durch den erlittenen Unfall hervorgerufen sei. In dieser Beziehung ist Folgendes zu bemerken: Mag S. früher an Syphilis gelitten haben oder nicht, und mag er Alkoholexcessen ergeben gewesen sein oder nicht, so muss der traumatischen Erschütterung des Rückenmarks, wie er sie erlitten hat, doch auf alle Fälle eine ursächliche Bedeutung beigemessen werden, denn solche Erschütterungen können die allgemeine Paralyse sowohl vorbereiten als auch, wenn sie anderweitig schon vorbereitet ist, zum Ausbruch bringen. Aus dem Umstande, dass S. erst ein Jahr nach dem Unfalle deutliche, auch für den Laien wahrnehmbare Erscheinungen der Paralyse zeigte, und dass er in der Zwischenzeit arbeitsfähig war, folgt nicht, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Paralyse nicht bestehe, denn erstens pflegt die allgemeine Paralyse in der Regel sich langsam zu entwickeln, zweitens hat die Krankheit in der Regel schon eine geraume Zeit früher begonnen, ehe Krankheitserscheinungen auftreten, welche auch dem Laien als solche erkennbar sind, und drittens kann nicht bloss ein Arbeiter im Anfangsstadim der Paralyse noch vollkommen arbeitsfähig sein, sondern es können selbst Personen des Offizierstandes, des Künstlerstandes, des Gelehrtenstandes, also Personen, an welche höhere geistige Anforderungen gestellt werden, noch arbeitsfähig und dienstfähig sein, obwohl sie der paralytischen Krankheit bereits verfallen sind.

Demnach erkläre ich gutachtlich, dass anzunehmen sei, dass die Geisteskrankheit des J. S. in ursächlichem Zusammenhang stehe mit seinem Unfalle vom 8. Mai 1896. (Unf. Vers. Pr.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Nervöse Personen und Geräusche.

Entsch. vom 9. Juni 1900.

Der Kaufmann R., Inhaber der Firma A. M. zu L., betreibt auf seinem Grundstück den Eisenhandel. In Folge von Beschwerden über die unerträglichen Geräusche, die beim Verladen und Zerkleinern der eisernen Träger verursacht würden, erging an R. eine Verfügung, in welcher er aufgefordert wurde, beim Transport, Verladen und Bearbeiten von Eisenwaaren, solche Einrichtungen zu treffen, welche einem lauten Geräusch vorbeugen. Ein Geschäftsbetrieb ohne solche Vorsichtsmassregeln werde verboten. Diese Verfügung beruht auf dem Gutachten eines Kreisphysikus, welcher erklärt hatte, durch das Abladen und Durchhauen von Schienen, Trägern etc. entstehe ein markerschütterndes, im höchstem Grade unangenehmes Geräusch. In der Nähe des Eisenlagers wohnen kranke, blutarme und nervöse Damen; durch das fragliche Geräusch würden zweifellos sämmtliche Anwohner arg belästigt und die kranken, nervösen Damen direkt an der Gesundheit geschädigt. Nach erfolgloser Beschwerde erhob R. Klage beim Oberverwaltungsgericht und bestritt die Zulässigkeit der Verfügung im Hinblick auf die Vorschriften der Gewerbeordnung und stellte in Abrede, dass er durch die Art seines Geschäftsbetriebes die Anwohner in ihrer Ruhe gestört oder ihre Gesundheit gefährdet habe; auch sei in der Verfügung nicht angegeben, was er zu unterlassen habe. Das Oberverwaltungsgericht entschied auch zu Gunsten des Klägers und machte u. A. geltend, die Entscheidung ist davon abhängig zu machen, ob die von dem Betriebe des Klägers ausgehenden Geräusche die Gesundheit oder gar das Leben der Anwohner zu gefährden geeignet sind. Ist dies nicht der Fall, dann ist die Verfügung zu Unrecht ergangen, weil es nicht Aufgabe der Polizei ist, die Anwohner vor Geräuschen zu schützen, die ihnen lästig fallen, ohne dass sie davon Schaden an Leben und Gesundheit nehmen können, vielmehr den durch die Geräusche belästigten Anwohnern zu überlassen ist, ihre vermeintlich verletzten Rechte gegenüber dem Kläger im ordentlichen Rechtswege zu verfolgen. Die Polizei ist an Uebung ihrer landesgesetzlich begründeten Aufgabe, Gefahren für Leben und Gesundheit von dem Publikum abzuwenden, durch die Gewerbeordnung nicht behindert. Nach dem Ergebniss der Beweisaufnahme konnte jedoch nicht anerkannt werden, dass das fragliche Geräusch Leben und Gesundheit der Anwohner gefährdet; eine Anzahl Nachbarn haben die Geräusche in ihren Räumen nicht einmal als belästigend empfunden. Besonders krankhaft angelegten Personen bleibt die Wahl eines anderen Aufenthaltsortes anheimgestellt. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Bresgen-Wiesbaden, Dr. M. Die Reizung und Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrem Einfluss auf die Athmung und das Herz. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 1900. Preis 1,50 Mark. (Bresgen's Sammlung, IV. Band, No. 9).

Die bekannte Thatsache, dass gewisse Erkrankungen der Nase auf Athmung und Herzthätigkeit einen nachtheiligen Einfluss auszuüben vermögen, hat dem Verfasser Veranlassung gegeben, diese Störungen auf Grund seiner mehr als 25jährigen Erfahrungen einer näheren Prüfung zu unterwerfen.

Er erörtert zuerst kurz die Störungen der Athmung und der Herzthätigkeit, die durch eine vorübergehende Reizung der Nasenschleimhaut ausgelöst werden können: Stillstand der Athmung in Ausathmungsstellung, Pulsverlangsamung und Aussetzen des Pulses. Dann wendet er sich denjenigen Störungen in der Funktion der Lungen und des Herzens zu, die bei dauernden Nasenleiden auftreten und zieht hier besonders die Erkrankungen der Nase, die mit einer Behinderung der Nasenathmung einhergehen, in Betracht. Oberflächlichkeit der Athembewegungen bei Mundathmung, ihr schädlicher Einfluss auf die Entwickelung der Lungen und des Brustkorbes und schliesslich dadurch bedingte asthmatische Anfälle und neurasthenische Zustände werden hervorgehoben; Verfasser spricht direkt von „Nasen-Neurasthenikern." Solche Kranke werden, wenn sie die fünfziger Jahre überschritten haben, gewöhnlich für Emphysematiker gehalten und als solche behandelt, während ihrem Leiden in Wirklichkeit schwere Veränderungen in der Nase zu Grunde liegen, von denen sie selbst häufig gar keine Ahnung haben. Zum Bilde dieser Neurasthenie gehören dann auch die Störungen, die von der erkrankten Nase aus auf das Herz und seine Thätigkeit aus

geübt werden: Herzklopfen, Herzbeklemmung, ja, wirkliche Schmerzen und Stiche in der Herzgegend werden hier genannt. Nicht selten ist schliesslich Hypertrophie des Herzens die Folge seiner durch die Nasenerkrankung herbeigeführten überanstrengten Thätigkeit.

Zur Beseitigung der ursächlichen Schäden in der Nase hat Verfasser vielfach das einfache „Brennen" der Nasenmuscheln angewendet und damit auch gute Erfolge erzielt. Da aber häufig nicht eine blosse chronisch entzündliche Schwellung der Schleimhaut, sondern oft auch Verbiegungen und Missbildungen der Nasenscheidewand und Hypertrophie des knöchernen Muschelgerüstes der behinderten Nasenathmung zu Grunde liegen, und das einfache „Brennen" dann radikaleren operativen Eingriffen weichen muss, so wäre es erwünscht gewesen, wenn Verfasser auch dieser Thatsache, sowohl in der Ueberschrift wie in den Ausführungen, mehr Rechnung getragen hätte.

Unbedingt wird man aber nach seinen Darlegungen dem Verfasser beistimmen, wenn er die grundsätzliche Forderung aufstellt, dass bei Unregelmässigkeiten der Athmung und der Herzbewegung neben den anderen in Betracht kommenden Körpertheilen auch der Nasenhöhle eine sachverständige Untersuchung und je nach Lage des Falles auch eine entsprechende örtliche Behandlung unter Zugrundelegung unserer neuesten Erfahrungen zu Theil werde. Für besonders wichtig erklärt er es ausserdem, dass vorbeugend schon in frühester Kindheit darauf geachtet werde, dass die Nasenluftwege Tag und Nacht stets frei durchgängig für die Luft seien und, wenn nöthig, durch zielbewusste örtliche Behandlung von jeder Behinderung der Nasenathmung befreit werden.

Richard Müller.

Hoffa, A., Die moderne Behandlung der Spondylitis. München, Seitz & Schauer. 2 Mark.

Die flott geschriebene Broschüre ist aus einem Vortrage entstanden, den der Verf. vor den deutschen Aerzten Böhmens gehalten hat. Nach einer kurzen Einleitung, in welcher Hoffa die pathologische Anatomie der Spondylitis und ihre Statik behandelt, wendet er sich der Therapie zu. Er betont die Wichtigkeit einer allgemein tuberkulösen Behandlung und eines medizinisch diätetischen Verfahrens. Eine trockene, sonnige Wohnung, kräftige Kost, bestehend aus Fleisch, Milch und Eiern, langes Verweilen im Freien, wenn möglich an der See, appetitanregende und tonisirende Mittel, besonders Leberthran sind von grosser Bedeutung. Hoffa giebt ausserdem innerlich Tinct. Kreosoti 0,5 — 1,0 : 100,0, dreimal täglich einen Theelöffel und lässt wöchentlich 3mal 30 g Sapo kalinus venalis vom Nacken bis zu den Kniekehlen wie graue Salbe auf dem Rücken des Patienten einreiben. Das Einreiben dauert etwa 15 Minuten, dann bleibt die Seife weitere 20 Minuten liegen, worauf sie mit einem Schwamme abgewaschen wird.

Einen augenblicklichen Erfolg merkt der Patient erst, wenn zur diätetischen Behandlung die richtige mechanische Behandlung hinzu kommt; erst durch diese verschwinden die Schmerzen fast unmittelbar. Die zweite Aufgabe des mechanischen Verfahrens ist, die Ausheilung des lokalen Prozesses zu ermöglichen und die Gibbusbildung auf das Mindestmass zu beschränken. Dies wird erreicht durch die Entlastung der erkrankten Parthien der Wirbelkörperreihe von dem Drucke des subragibbären Rumpfsegmentes und durch die exakte Fixation der ganzen Wirbelsäule in der entlasteten Haltung derselben.

Um im floriden Entzündungsstadium die Lordosirung der ganzen Wirbelsäule zu erreichen, in welcher Lage die grösste Entlastung stattfindet, verlangt Hoffa, dass das Spondylitis-Kind im Anfang so lange in ruhiger Bettlage verbleibt, bis die Schmerzen vollständig verschwunden sind und die Konsolidirung der kranken Wirbel begonnen hat. Die Kinder müssen aber so gelagert werden, dass einerseits eine absolute Fixation der gewünschten Lage stattfindet und dass sie ohne Veränderung ihrer Lage leicht transportabel sind. Wie das in dem Phelps'schen Stehbett für Spondylitis cervicalis und in dem Lorenz'schen Gipsbett oder im Colot'schen Mumienverband für die mittleren und unteren Parthien der Wirbelsäule zu erreichen ist, erläutert Hoffa in seinem Vortrage sehr anschaulich.

Sobald die deutlichen Anzeichen vorhanden sind, dass die Konsolidirung der Wirbelsäule beginnt, wird die Horizontallage mit der aufrechten Haltung vertauscht und ein abnehmbar gemachtes Sayre'sches Gipscorset oder Corset aus Cellulose, Celluloid oder, wo es angeht, ein Hessing'sches Stoffcorset eventuell mit einer Kopfstützvorrichtung angelegt. Diese Corsets müssen die Patienten dann oft noch Jahre lang tragen und während dessen müssen durch energische Pflege der Haut, durch Bäder, durch Massage und Gymnastik die Rückenmuskeln so gekräftigt werden, dass die Kranken sich schliesslich auch ohne jeden Apparat gerade zu halten vermögen. Selbst bei sorgfältiger Behandlung können zu der Spondylitis zwei Komplikationen hinzutreten: Abscesse und Lähmungen.

Die Behandlung der Abscesse ist jetzt allgemein so üblich, dass man an einer noch unveränderten Hautparthie mit der Punktionsnadel eingeht und von da aus den Abscess aussaugt. Dann injicirt man durch die Hohlnadel unmittelbar darauf von einer 10 Prozent Jodoformsuspension in Glycerin 30 — 100 g. Der Abscess füllt sich in der Regel langsam wieder und muss durchschnittlich 3 — 4 mal in Zwischenräumen von etwa vier Wochen ebenso behandelt werden. Nur Abscesse, welche gar keine Neigung zur Resorption haben, den Kranken sehr herunterbringen und spontan durchzubrechen suchen, soll man incidiren.

Das beste Mittel zur Behandlung der spondylitischen Kompressionslähmung ist die permanente Extension, die entweder mit Hilfe der Glisson'schen Schwebe und Gegenzügen an Schulter und Becken oder bequemer im Reklinationsgipsbett ausgeführt wird.

Hoffa erläutert die Technik aller angeführten Massnahmen in sehr anschaulichen Abbildungen, worauf ich speziell hinweisen möchte. Stabel.

Jessner, S. Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich Syphilide und Kosmetik. Zweite Auflage. Verlag von Thomas und Oppermann. Königsberg i. Pr. 1900.

Die praktischen Vorzüge, welche dem Jessner'schen Kompendium der Hautkrankheiten in seiner ersten Auflage zahlreiche Freunde unter den Dermatologen und ärztlichen Praktikern erworben haben, finden sich in dieser vollständig umgearbeiteten und sehr erweiterten zweiten Auflage in erhöhtem Masse. Insbesondere ist der Differentialdiagnose und der ausführlicher behandelten Therapie ein weiterer Spielraum gegeben. Während in der Erkenntniss der ursächlichen Momente der Hautkrankheiten in dem letzten Dezennium keine aussergewöhnlichen Fortschritte gemacht wurden, ist die Lehre von der Behandlung derselben nach allen Richtungen hin ausgebaut worden und das vorliegende Werk des fleissigen und durch seine fruchtbare, schriftstellerische Thätigkeit bekannten Königsberger Dermatologen hat allen diesbezüglichen Fortschritten Rechnung getragen. Da die Hautsyphilis bei der Differentialdiagnose zahlreicher Hautkrankheiten eine wichtige Rolle spielt, so ist ihr ein besonderes Kapitel gewidmet. Ebenfalls hat die Kosmetik, welche einen integrirenden Theil der Hygiene der Hautkrankheiten bildet,

eine kurzgefasste, für den Praktiker aber vollständig ausreichende Besprechung gefunden. So kann das Buch, welches dem Referenten in seiner alten Form oft vortreffliche Dienste geleistet hat, in seinem neuen, verbesserten Gewande erst recht allen denen empfohlen werden, welche sich über alles Wissenswerthe auf dem Gebiete der Hautkrankheiten orientiren wollen. Ledermann.

Förster, A. Die Preussische Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896. Mit Einleitung, Anmerkungen und Sachregister nebst einem Anhang: Der ärztliche Gebührenanspruch und seine gerichtliche Geltendmachung. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin, 1901. Verlag von Richard Schoetz. Preis 1,80 M.

Von dem bekannten Kommentar zur Preussischen Gebührenordnung, der seit seinem Erscheinen mehr und mehr als unentbehrlicher Rathgeber bei der Aufstellung und Prüfung der Liquidationen für Aerzte und Medizinalbeamte sich erwiesen hat, liegt bereits die vierte Auflage vor, die an zahlreichen Stellen Vermehrungen und erläuternde Ergänzungen erfahren hat. Diese Erläuterungen sind überall auf den seit dem 1. Januar 1900 veränderten Stand unserer Gesetzgebung zurückgeführt.

Wer, wie der Berichterstatter, von Amts wegen mit der Prüfung ärztlicher Liquidationen häufiger zu thun hat, begrüsst es mit Freuden, dass die Aerzte mehr und mehr sich daran gewöhnen, bei der Aufstellung ihrer Liquidationen die in dem vorliegenden Kommentar für den einzelnen Fall gegebenen Erläuterungen zu berücksichtigen, um auf diese Weise Streitigkeiten und anderweite Festsetzungen zu vermeiden. Deshalb sind die Aerzte und Medizinalbeamten dem Verfasser für die Ergänzung des bewährten Kommentars zu besonderem Dank verpflichtet. Roth (Potsdam).

Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Vom 30. Juni 1900. Text-Ausgabe mit Anmerkungen und Sachregister von Dr. **Burkhardt**, Reg.-R., Mitgl. d. Kais. Ges.-A. Guttentagsche Sammlung deutscher Reichsgesetze No. 56. Berlin 1900. J. Guttentag. 121 S., Pr. 1,40 M.

Das in die handliche Form der Guttentagschen Sammlung gekleidete Werkchen, das das neue Gesetz, von kundiger Seite kommentirt, und als Anhang die vorläufigen Ausführungsbestimmungen vom 6. Oktober 1900 enthält, gehört in jede ärztliche Bibliothek.

C. **Arnold**, Prof. d. Chemie a. d. kgl. tierärztl. Hochsch. z Hannover. Repetitorium der Chemie. 10. Auflage. Hamburg und Leipzig. 1900. L. Voss. 606 S. 7 M.

Das Arnoldsche Repetitorium ist so manchen von denen, die jetzt mitten in der ärztlichen Praxis oder Wissenschaft stehen, schon in den ersten Studienjahren ein vertrauter Begleiter gewesen. Die Fülle des Stoffes hat freilich bei dem immerhin kleinen Format des Buches eine stilistische Zusammendrängung notwendig gemacht, die für den Lernenden das Lesen grösserer Abschnitte erschwert. Dafür aber ist der „Arnold“ ein vorzügliches Nachschlagebuch, in dem besonders der Mediziner schwerlich einen ihn interessirenden Gegenstand vergeblich suchen wird.

Bei dem Einfluss, den die chemische Industrie heutzutage auf die Gestaltung des Arzneischatzes hat, und andrerseits bei dem Gewicht, das die moderne medizinische Forschung auf chemische Untersuchungen legt, kann es nicht fehlen, dass das Werk nicht blos unter den Studirenden, sondern auch unter den Aerzten manchen neuen Freund finden wird. Nicht wenig wird hierzu übrigens auch die ungemein geschmackvolle und gediegene äussere Ausstattung beitragen.

Schönichen, Dr. Walther und **Kalberlah**, Dr. Alfred. B. Eyferth's einfachste Lebensformen des Thier- und Pflanzenreiches. Naturgeschichte der mikroskopischen Süsswasserbewohner. Dritte, vollständig neubearbeitete und vermehrte Auflage. Braunschweig 1900. Benno Goeritz. 525 S. Pr. 20 Mark.

In einer Zeit, in der der praktische Mediziner und der Hygieniker die Kenntniss einer grossen Zahl einfachster Lebewesen nicht entbehren können, in der eine Menge wissenschaftlich arbeitende Fachgenossen sich ganz in dieses Sondergebiet der Naturforschung vertiefen, verdienen Werke wie das vorliegende auch in ärztlichen Kreisen Beachtung. Es handelt sich — um jedes Missverständniss zu vermeiden — nicht etwa um ein für das grosse Publikum oder für Aerzte besonders zugeschnittenes Buch, sondern um ein rein spezialwissenschaftliches, systematisches Werk. Als solches wollen wir es der Aufmerksamkeit derjenigen unserer Leser, die über die kleinsten Lebensformen im Süsswasser — etwa zum Zweck von Forschungen über Krankheitsursachen — eine genauere Kenntniss zu erwerben wünschen, nahebringen. Nicht unerwähnt sollen hierbei die 700 Abbildungen bleiben, die, nach Zeichnungen eines der Verfasser, dem Werke beigegeben sind. Das Ganze trägt auch in seiner äusseren Form den Stempel der Vornehmheit und Gediegenheit.

Tagesgeschichte.

Das Arzneibuch für das Deutsche Reich. Vierte Ausgabe.

Am ersten Januar 1901 tritt die vierte Ausgabe der ehemaligen Pharmacopoea germanica in Wirkung. Das wichtigste, was sie für die Aerzte bringt, ist die Veränderung zahlreicher Maximaldosen, meist im Sinne einer Herabsetzung der höchsten zulässigen Tagesgaben. Fast durchweg ist die Tagesdosis auf das dreifache der Einzeldosis herabgesetzt worden, wenn sie vorher das vier-, fünf- oder mehrfache betrug, so bei Acetanilid (statt 4,0 — 1,5!), bei Arsenik, Karbolsäure, Apomorphin, Codein, Extr. Belladonnae und Colocynthidis, den Quecksilberpräparaten, dem Phenacetin, Phosphor, essigsauren Blei u. s. w. Die Einzelgaben wurden herabgesetzt bei Fructus Colocynthidis (0,5—0,3), Extr. Hyoscyami (0,2—0,1), und einigen weniger gebräuchlichen Mitteln, erhöht bei Skopolamin, dessen winzige Maximaldose verdoppelt wurde (0,0005—0,001), und bei Kreosot (früher 0,2—1,0, jetzt 0,5—1,5).

Unter den neu eingeführten Mitteln stehen als erste Adeps lanae anhydricus und Adeps lanae cum Aqua (Lanolin), es folgt, einem wirklichen Bedürfniss entsprechend, Aether pro narcosi, ein besonders reiner Aethylaether. Weiter begegnen wir u. A. dem Bismutum subgallicum (Dermatol), dem Bromoform (Maximaldosis 0,5—1,5), Coffeinum natriosalicylicum (M. D. 1,0—3,0), Hydrastinin (M. D. 0,03—0,1), Methylsulfonal (Trional, M. D. wie bei Sulfonal 2,0—4,0), Oleum camphoratum forte (4 : 10), Sandelöl, Blaud'sche Pillen, Serum antidiphthericum, Tuberculinum Kochii.

Die alt vertrauten Namen Antipyrin, Salipyrin und Salol haben dem Bedürfniss nach erhöhter Wissenschaftlichkeit weichen müssen. Der in die Geheimnisse der organischen Chemie

minder eingeweihte wird dafür nicht ohne Staunen die Namen Pyrazolonum phenyldimethylicum, allein und mit dem Zusatz salicylicum, und Phenylum salicylicum lesen.

Eine Reihe stark wirkender Extrakte und Drogen wird künftig auf einen Mindestgehalt an Alkaloiden geprüft sein müssen. Aqua carbolisata wird 2 — statt 3 prozentig. Unter Emplastrum Adhaesivum ist nicht mehr Wachs-, sondern das bessere Kautschukheftpflaster verstanden. Secale cornutum darf nicht über ein Jahr aufbewahrt werden. Tinctura digitalis ist nicht mehr aus frischen, sondern aus getrockneten Blättern zu bereiten.

Damit dürften die für den Arzt wichtigsten Bestimmungen erschöpft sein.

Der „Urningsparagraph".

„Dem Reichstage und Bundesrath ist vom wissenschaftlich-humanitären Komitee eine Petition zugegangen, die eine Abänderung des § 175 R.-St.-G.-B. (Urningparagraphen) anstrebt."

So meldeten die Tageszeitungen lakonisch. Wir kennen den Wortlaut der Petition nicht und haben uns daher jeder Meinungsäusserung über dieselbe vorläufig zu enthalten. Nur darauf möchten wir aufmerksam machen, dass der Ausdruck „Urningparagraph" von einer völlig schiefen Auffassung entweder des Wortes Urning oder des Paragraphen zeugt. Ein „Urning" ist ein geschlechtlich Verkehrter — § 175 richtet sich gegen Unzucht zwischen Männern. Dass es aber viele selbst gewerbsmässig prostituirte Männer mit normalem Geschlechtstriebe giebt, die ihr schimpfliches Gewerbe aus anderen Gründen treiben, weiss der mit dem grossstädtischen Verbrecherthum Vertraute genau — ganz zu schweigen von der Gelegenheits-Unzucht in Internaten und Gefängnissen.

Die künstlichen Süssstoffe.

Der Verein der deutschen Zuckerindustrie hat beantragt, den Verkauf künstlicher Süssstoffe auf die Apotheken zu beschränken. Die Vorlage wird zur Zeit vom Ausschuss des deutschen Landwirthschaftsraths berathen. Man kann gespannt sein, zu erfahren, welches das Schicksal der nationalökonomisch ja recht wichtigen Frage sein wird. Sicher ist, dass allein die Ergebnisse medizinischer Forschung für eine solche Entscheidung massgebend sein dürfen.

Vorschriften für Bleifarben- und Bleizuckerfabriken.

Regierungsseitig ist eine Erhebung über eine Aenderung der Arbeiterschutzvorschriften in Bleifarben- und Bleizuckerfabriken eingeleitet worden. Der preussische Handelsminister hat dabei in Anregung gebracht, für die in diesen Gewerbszweigen beschäftigten Arbeiter dieselbe Beschränkung der Arbeitszeit auf 8 bezw. 6 Stunden einzuführen, wie sie in den Akkumulatorenfabriken gilt. Der Minister geht dabei von der Ansicht aus, dass die Gefahr der Bleivergiftung in den genannten Betrieben ebenso gross sei wie in den Akkumulatorenfabriken. Eine grössere Anzahl betheiligter Industrieller Westdeutschlands ist, wie wir gleichfalls bereits mitgetheilt haben, gegen die beabsichtigten Neuerungen beim Minister vorstellig geworden. (Vossische Zeitung.)

Bewilligung eines Gebisses durch die Landesversicherungsanstalt.

Ein Arbeiter B. in M. litt an schlechter Verdauung, die auf sein mangelhaftes Gebiss, das erhebliche Lücken aufwies, zurückzuführen war. Der Arzt bekundete, dass, wenn sich Patient kein künstliches Gebiss einsetzen lasse, sich später Invalidität einstellen würde. Da die Krankenkasse, der der Erkrankte angehört, sich weigerte, die Kosten des Gebisses zu tragen, da ein solches nicht zu den „Heilmitteln", wie sie das Krankenversicherungsgesetz vorsieht, gehört, wurde die Landesversicherungsanstalt darum angegangen. Der Patient berief sich auf den bekannten § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes, nach dem die Versicherungsanstalt ein „Heilverfahren" übernehmen kann, wenn Invalidität zu besorgen und die Heilung des Erkrankten möglich erscheint. Die Versicherungsanstalt bewilligte die Einsetzung eines vollständigen Gebisses auf ihre Kosten. (Unf.-Vers.-Pr.)

Unfallversicherung in Spanien.

Seit dem laufenden Jahre hat auch Spanien seine staatliche Arbeiter-Unfallversicherung, über die in der Zeitschrift der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen nähere Mittheilungen gemacht werden.

Die Aufgabe des Gesetzgebers war in einem Lande, dessen innere Verhältnisse so schwierige sind wie die Spaniens, keine einfache, und man darf sich daher nicht wundern, wenn das Erreichte hinter den deutschen und österreichischen Versicherungsgesetzen zurückbleibt. Die Zahlung der Entschädigung wird nämlich lediglich dem einzelnen Arbeitgeber auferlegt, der natürlich nur verhältnissmässig bescheidene Summen bieten kann.

Bei Arbeitsunfähigkeit bis zu einem Jahre in Folge Unfalls ist neben den Kosten der gesammten Behandlung täglich der halbe frühere Tagelohn zu zahlen. Länger dauernde Unfallfolgen gelten als „dauernd". Ist der Verletzte so lange zu gar keiner Beschäftigung mehr fähig, so erhält er eine dem doppelten Jahreslohne entsprechende, ist er erwerbsunfähig, aber noch beschäftigungsfähig, eine um ein Viertel geringere Abfindungssumme. Ist der Tod herbeigeführt, so erhalten die Hinterbliebenen entweder gleichfalls eine Abfindungssumme oder eine Rente.

Um sich gegen solche Schäden zu sichern, darf der Arbeitgeber seine Arbeiter bei einer staatlich genehmigten Anstalt versichern. Er muss aber allein die gesammten Beiträge zahlen, und die Versicherungssumme muss seiner event. Pflichtleistung entsprechen.

Das Gesetz umfasst alle Industriearbeiter, die der Land- und Forstwirthschaft aber nur soweit als sie mit Kraftmaschinen arbeiten.

Es sieht schliesslich noch die Schaffung eines technischen Beiraths für Arbeiterschutzvorrichtungen vor.

Verein für Volkshygiene.

Ein mit dem Deutschen Verein für Volkshygiene in Berlin in Verbindung stehender Verein mit gleichen Zielen hat sich in München gebildet. Er bezweckt durch Eintreten in Wort und Schrift, besonders durch belehrende öffentliche Vorträge und Kurse, für die Abstellung von Misständen auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege und zu Gunsten richtigerer hygienischer Anschauungen und rationeller Lebensgewohnheiten zu wirken.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 85) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VI. Jahrgang 1900. **№ 24.** **Ausgegeben am 15. Dezember.**

Inhalt:

Ueber traumatische Endocarditis.

Von
Dr. M. Litten,
a. o. Professor an der Universität Berlin und dirigirender Arzt des städt. Krankenhauses Gitschinerstrasse.

Ich werde mich bei der Besprechung dieses Thema, der traumatischen Endocarditis, auf deren Existenz ich seit einer grossen Reihe von Jahren immer wieder und wieder mit grösster Bestimmtheit hingewiesen habe, aufs strengste an den eigentlichen Gegenstand halten und von vornherein absehen von den unmittelbaren Folgen der Herzverletzung, den Wunden des Herzens und Herzbeutels, und nur in Betracht ziehen diejenigen sekundären entzündlichen Affektionen des Endocards, welche sich an das Trauma anschliessen. Nur eine Thatsache sei hier schon hervorgehoben, dass die schwersten Verletzungen, selbst mit Zerreissung des Herzens vorkommen können, ohne dass sich an den Weichtheilen und Knochen der Thoraxwand irgend welche Spuren des stattgefundenen Trauma auffinden lassen. Die analoge Beobachtung ist gelegentlich der Beschreibung der Contusionspneumonie von mir bereits im Jahre 1882[1]) nachdrücklichst hervorgehoben worden.

Die sich an ein Trauma sekundär anschliessende Endocarditis kann auf zwei verschiedene Weisen zu Stande kommen. Einmal kann eine Endocarditis direkt durch das Trauma bedingt sein; in anderen Fällen kann die Verletzung an irgend einer Körperstelle die Invasionsstätte für die Infektionserreger schaffen, die eine (septische) allgemeine Infektion mit sekundärer Betheiligung des Endocards erzeugen. Da hier der Endocarditis, wie in anderen Fällen von Sepsis nur eine untergeordnete, symptomatische Bedeutung zukommt, so werden wir sie bei dieser Besprechung ganz aus dem Spiele lassen, wie die durch das Trauma unmittelbar bedingte Zerreissung von Klappen und Papillarmuskeln, sowie die Abreissung von Sehnenfäden, welch' letztere den Gegenstand eines demnächst nachfolgenden, besonderen Aufsatzes bilden soll.

Die hier zu besprechende, an ein Trauma direkt sich anschliessende entzündliche Affektion des Endocards bietet im Grossen und Ganzen die Charaktere der gutartigen (benignen) Endocarditis dar und führt analog der entsprechenden Form im Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus oder der Gonorrhoë entweder zur Heilung oder zur Bildung von Klappenfehlern.

Ich möchte zunächst an einer Reihe von Fällen meiner Beobachtung den Verlauf der Krankheit demonstriren:

[1]) cf. M. Litten. Zeitschr. für klin. Medizin. Bd. V.

Fall I. E. O., 47 Jahr und Arbeiter, erleidet sein Trauma am 30. August 1893. Vorher gesunder Mann, acquirirt in Folge seines Trauma eine anfangs subakute Erkrankung des Endocards, an welche sich eine Insufficienz der Aortaklappen anschliesst.

Dass Pat. vorher bezügl. des Herzens gesund war, erhellt u. A. aus folgenden Aktenstücken: einmal aus einem Zeugniss, welches Dr. A. H., der ihn vom 1.—11. September unmittelbar nach dem Unfall vom 30. August des Jahres 1893 behandelte, ausgestellt hat, worin er bestätigt: „Der pp. O. litt an traumatischer Neurose; von einem abnormen Befund am Herzen fand ich in meinen Aufzeichnungen nichts verzeichnet.“ Ferner besitze ich eine beglaubigte Abschrift eines Zeugnisses der Kgl. Charité-Direktion vom 14. Dezember 1893, worin Herr Stabsarzt Sch., der damalige Oberarzt der Gerhardt'schen Klinik, folgendes schreibt: „Der Arbeiter E. O. leidet an einer traumatischen Neurose, welche auf den am 30. August 1893 erlittenen Unfall zurückzuführen ist. Die bestehenden Beschwerden, meist nervöser Art, ohne objektive Unterlage, sind so verschiedenartig, dass sie selbst nicht leicht in ein einheitliches Krankheitsbild zusammengefasst werden können. Vielleicht bringt der weitere Krankheitsverlauf noch nähere Klarheit über das bestehende Leiden.“

Ich bitte also, hieraus die Thatsache zu entnehmen, dass 1. eine objektiv nachweisbare Unterlage der Krankheit nicht vorhanden war, d. h. ein nachweisbarer Herzfehler noch am 14. Dezember bestimmt nicht bestand, und 2., dass ein Symptomenkomplex vorlag von derartig unbestimmten Beschwerden, dass sie sich nicht in ein einheitliches Krankheitsbild zusammenfassen liessen. Das Fehlen eines Herzfehlers bei der Aufnahme in die Charité (am 13. September 1893) wird ausserdem durch den daselbst aufgenommenen und von mir wiederholt durchgelesenen Status sichergestellt.

Die Hauptsätze daraus lauten folgendermassen: Der p. O., 47 Jahre alt, seit 13 Jahren verheirathet, Vater von sechs Kindern, ist bis zu dem Unfall vom 30. August 1893 immer gesund gewesen, hat Syphilis nicht gehabt und will im Genuss von Spirituosen mässig gewesen sein. An jenem Tage stürzte er, von einem Karrenband, das sich um seinen Hals gewickelt hatte, hinabgerissen, in eine Kanalisationsgrube, schlug mit der linken Brust auf die Steife der Grube auf und fiel in die annähernd 4 m tiefe Grube hinunter. Er ist bewusstlos in der Grube aufgefunden worden. Zum Bewusstsein zurückgekehrt, spürte er einen Schmerz unterhalb der linken Brustwarze, besonders beim Athmen. Drei Tage nach dem Unfall steigerten sich die Schmerzen, welche ihn auch im Gebrauch des linken Arms hinderten, und Schwindelanfälle traten hinzu. — Am 13. September 1893 wurde er in die Charité aufgenommen, wo die Diagnose: „traumatische Neurose“ gestellt wurde.

In einem ferneren Bericht aus der Charité vom 12. Februar 1894 — ich bitte auf die Daten zu achten! — wird erwähnt, dass wieder „erhebliche Störungen“ der Herzthätigkeit bei O. aufgetreten seien.

Am 25. April 1894 wurde er aus der Charité entlassen. Während seines Aufenthalts daselbst war er von Herrn Dr. R. am 19. Dezember wieder untersucht worden. Dabei war eine Beschleunigung der Herzaktion bis auf 120 Schläge in der Minute nachgewiesen worden.

Ich muss erwähnen, dass ich eine authentische Abschrift der Krankengeschichte in den Händen gehabt habe, und dass ich in der Zeit vom Tage der Aufnahme in die Charité, d. h. vom 13. September 1893 an bis zu dem Tage der Ausstellung dieses Attestes, dem 19. Dezember 1893, nichts von einer Herzvergrösserung, noch von einer Veränderung der Herztöne darin vermerkt gefunden habe, sondern, dass nur Bemerkungen mehr allgemeiner Natur, wie stürmische Herzaktion und Schmerz in der Herzgegend, Schwindel beim Bücken und später auch beim Aufrechtsitzen, Steigerung der Pulsfrequenz bis auf 120 Schläge darin vermerkt sind. Aber weder von einem Geräusch, noch von sonstigen Erscheinungen einer Herzvergrösserung finde ich daselbst Angaben.

Am 26. April 1894 (dem Tage nach der Entlassung aus der Charité) erklärte derselbe Kollege, Dr. R., der dieses Attest abgab, den p. O. für völlig erwerbsunfähig; objektiv bot er eine Verdickung am Rücken dar, ausserdem die Zeichen eines Herzfehlers. Nachdem also Monate lang, d. h. vom Ende August bis April „unbestimmte Krankheitserscheinungen“ vorausgegangen waren, die auf's Herz, d. h. auf eine Endocarditis hinwiesen, wurde am 26. April 1894 der Herzfehler zum ersten Male nachgewiesen.

Nun liegt noch ein weiteres Gutachten (vom 27. Juni 1894) von einem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft, Dr. G., vor, welcher ebenfalls von einem ausgesprochenen Herzfehler spricht, und schliesslich heisst es weiter in einem neuen Gutachten eines Berliner Professors M. vom 8. Februar 1895: „Mein Befund deckt sich im Wesentlichen mit dem des Herrn Dr. G. vom 27. Juni 1894: Mit ihm finde ich Spuren der sog. traumatischen Neurose nicht; der einzig positive Befund, welcher aus der Charité mitgetheilt wird, „die erheblichen Störungen der Herzthätigkeit“, lassen mich mit Rücksicht auf den jetzigen Befund vermuthen, dass es sich auch dort nicht um eine Nervenkrankheit, sondern um eine Herzaffektion gehandelt habe.“

Daraus haben wir also folgende Thatsachen kennen gelernt: Der Mann, der am 30. August 1893 verunglückt war, wurde Mitte September desselben Jahres, nachdem er bis dahin vom Dr. H. behandelt worden war, in die Charité gebracht, wo bei intakten Herzklappen Erscheinungen unbestimmter Art nachgewiesen wurden, die grösstentheils aufs Herz hinwiesen. Ende April des nächsten Jahres wurde der Herzfehler (Insuff. valv. Aortae) mit aller Bestimmtheit nachgewiesen und dann von einem andern Arzt in demselben Monat bestätigt.

In einem neuen Attest aus dem Jahre 1895, welches etwas später abgegeben worden war, finden wir allerdings kein Geräusch, sondern nur dumpfe Herztöne erwähnt, aber es wird ausdrücklich ausgesprochen, dass Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels und starke Unruhe in den peripheren Arterien bestanden.

Das Insufficienzgeräusch war damals vielleicht nicht so sehr prägnant, ist aber von den beiden Aerzten, den Herren Dr. R. und G. mit Sicherheit konstatiert worden.

Danach hat sich eine Aorteninsufficienz vom Tage des Unfalls, dem 30. August 1893 bis zum Ende April des nächsten Jahres, d. h. innerhalb eines Zeitraumes von ungefähr sieben bis acht Monaten entwickelt. Während dieser Zeit sind unbestimmte Erscheinungen einer schleichend verlaufenden Endocarditis vorhanden gewesen, die vorzugsweise als traumatische Neurose gedeutet wurden, und seitdem ist der Mann vollständig arbeitsunfähig.

Ich habe später den Auftrag bekommen, ein Obergutachten über ihn abzugeben, welcher Auftrag sich im Jahre 1896 wiederholte, so dass ich Gelegenheit hatte, den p. O. wiederholt aufs genaueste zu untersuchen, wobei ich jedes Mal zu dem Resultat kam, dass er das typische Bild einer hochgradigen Aorteninsufficienz darbot. (Pulsus celer, Capillarpuls, Spritzen und Hüpfen der Arterien etc.)

Wir haben in diesem Fall drei Thatsachen zu berücksichtigen:

1. Dass der Mann vor dem Unfall bestimmt und sicher nachgewiesenermassen keinen Herzfehler hatte und bis zu diesem Tage vollständig arbeitsfähig war.

2. Dass er bestimmt im Frühjahr des Jahres 1894 eine deutlich nachweisbare Aorteninsufficienz hatte, die ich selbst aufs sicherste konstatirt habe, und welche mindestens bis zum Neujahr 1897 noch bestand, und

3. dass zwischen dem Stadium der vollen Gesundheit und dem Beginn des nachgewiesenen Herzfehlers eine lange, viel monatliche Krankheitsperiode lag, welche als subakute Endocarditis aufgefasst werden muste, während welcher sich der Herzfehler entwickelte. Endlich die Thatsache, dass Jemand durch einen Unfall eine schleichende entzündliche Endocarditis bekommen kann, die zu einem Herzfehler (in diesem Falle einer Aorteninsufficienz) führt.

Der Einwand, dass möglicherweise durch die Einwirkung des Trauma auf das Herz eine Zerreissung einer Aortenklappe eingetreten, oder eine Klappe an ihrer Insertion abgerissen sein könnte, ist ganz auszuschliessen, denn, wie ich bei früheren Gelegenheiten, namentlich in meinen Vorträgen im Verein für innere Medizin auseinandergesetzt habe, tritt in solchen Fällen ganz plötzlich und jäh, ebenso wie beim Experiment, bei welchem man mit einem eingeführten Katheter die Aortenklappen durchstösst, das laute diastolische Geräusch und das Schwirren in den peripheren Arterien auf, gerade so wie es klinisch in den Fällen beobachtet wird, in denen infolge eines Trauma eine plötzliche Abreissung einer Aortenklappe entsteht. Also jene Möglichkeit muss ich absolut von der Hand weisen und ich komme nochmals darauf zurück, dass es lediglich der Ausgang der Endocarditis war, welcher hier zur Aorteninsufficienz führte.

Fall II. v. D. V. 23jähr. Referendar, acquirirte eine Mitralinsuffizienz in Folge einer Quetschung des linken Thorax durch Hufschlag eines Pferdes.

Anfangs der neunziger Jahre kam ein junger Herr aus W. in meine Sprechstunde mit der Bitte, ihn zu untersuchen und ihm dann ein Gutachten über seinen Herzbefund auszustellen. Ich untersuchte ihn zunächst, ohne eine Anamnese aufzunehmen und fand an der Herzspitze neben einem systolischen Frémissement ein lautes systolisches Geräusch, eine erhebliche Vergrösserung des rechten Ventrikels neben einer geringeren des linken, einen verstärkten 2. Pulmonalton und ein sehr lautes, scharfes, rauhes Geräusch systolischer Natur an den Aortaklappen, das sich von dem an der Mitralis gefundenen aufs deutlichste unterschied. Der Puls war kräftig, regelmässig und von hoher Spannung. Die Arterie schwer zu komprimiren, so dass an eine bestehende Stenose eines linksseitigen Ostium nicht wohl gedacht werden konnte. Die Diagnose, welche ich stellte, lautete: Mitralinsuffizienz und noch nicht abgelaufene Endocarditis aortica, von der ich annahm, dass sich daselbst im Laufe der Zeit wahrscheinlich eine Aortenstenose entwickeln würde. Als ich dem Kranken meinen Befund sehr schonend mitgetheilt hatte und ihn fragte, ob er ein darauf bezügliches Attest ausgestellt wünsche, wurde er sichtlich verstimmt und verneinte diese Frage. „Es läge ihm nichts daran, dies Schwarz auf Weiss zu besitzen; er wäre vielmehr in der Hoffnung gekommen, dass ich sein Herz gesund finden und ihm dies attestiren würde.“ Bei der weiteren Unterhaltung theilte er mir folgendes mit, was ich später Gelegenheit hatte, auch von anderer Seite glaubwürdig bestätigt zu erhalten. Er sei ein Mitglied eines alten Adelsgeschlechtes aus W. und wäre vor dem Antritt seines einjährigen Militärdienstes militärärztlich genau untersucht und für tauglich befunden worden. Daraufhin sei er in ein Kavallerieregiment eingestellt worden. Da er schon von früher her ein ausgezeichneter Reiter war, so zeichnete er sich durch sein schneidiges, unerschrockenes Reiten so aus, dass er ein ganz besonderer Liebling des Regiments wurde. Eines Tages, beim Pferdeputzen, wurde er zunächst von seinem etwas unbändigen Pferde von hinten her heftig mit der Brust gegen den Stallpfosten gequetscht, worauf er zunächst einen heftigen Schmerz in der linken Brustseite empfand, aber das Pferd noch weiter besorgen konnte. Bei dieser Gelegenheit erhielt er noch einen Hufstoss, ebenfalls gegen dieselbe Brustseite, aber so heftig, dass er zu Boden geschleudert wurde und eine Weile in leicht benommenem Zustand liegen blieb. Von den anwesenden Kameraden aufgehoben, wurde er zunächst bequem gebettet und von einem hinzugerufenen Arzte nach Hause gebracht. Als ihn der Oberstabsarzt nach wenigen Stunden sah, bestimmte er seine Ueberführung nach dem Lazareth. Dort stellte sich im Laufe der nächsten Tage eine unzweifelhafte Endocarditis heraus. Nach einer Abschrift des Krankenjournals, die mir später auf meine Bitte überlassen wurde, bestand damals: Angstgefühl, Beklemmung und Oppression, Herzklopfen, gesteigerte Herzthätigkeit, Dyspnoë, ausstrahlende Schmerzen nach dem Nacken und Steigerung der Eigenwärme. Diese Symptome blieben zunächst bestehen oder nahmen sogar zu, bis nach Verlauf von mehreren Wochen die Oppression und die Dyspnoë sich besserten. Nur das Herzklopfen und die gesteigerte Herzthätigkeit, verbunden mit Arythmie bei unbedeutenden Bewegungen und Anstrengungen dauerten noch fort, als Pat. nach 6 wöchentlichem Aufenthalt das Lazareth verliess. Die Temperaturkurve wies ein mehrwöchentliches leichtes Fieber mit geringen morgendlichen Remissionen auf. Objektiv war zunächst die sehr verbreitete, sicht- und fühlbare Herzthätigkeit aufgefallen, ohne dass die Dämpfungsgrenzen als verändert nachgewiesen werden konnten. Mitte der zweiten Woche bemerkte man zum ersten Male ein hauchendes systolisches Geräusch an der Herzspitze, welches noch bestand, als Patient das Lazareth verliess. In dem Brief des Oberstabsarztes, welcher die Abschrift der Krankengeschichte begleitete, fand sich die Notiz, dass zur Zeit der Entlassung des Pat. kein Herzfehler bestanden hätte. Pat. wurde, nachdem er das Lazareth verlassen hatte, zunächst als vorübergehend unbrauchbar von seinem Truppentheil entlassen, mit der Bestimmung, dass er sich nach längerer Zeit (ich glaube, nach 6 Monaten) wieder zu erneuter Untersuchung vorstellen sollte. Diese Zeit war noch nicht gänzlich abgelaufen, als der Herr, welcher inzwischen als Referendar gearbeitet hatte, zu mir kam. Er war in der Hoffnung gekommen, dass ich sein Herz als gesund erklären und ihm ein günstiges Attest ausstellen würde, welches ihm bei der militärärztlichen Untersuchung nützen sollte, denn er betrachtete es geradezu als Schande für sich und seine Familie, dass ein Mitglied dieses alten Adelsgeschlechts nicht Reserveoffizier würde. Auf mein Befragen äusserte er, dass er in der Zwischenzeit oft versucht hätte, wieder auf das Pferd zu steigen oder anderweitigen Sport zu treiben, dass er aber alle diese Versuche hätte aufgeben müssen, weil er stets nach kurzer Zeit heftiges Herzklopfen bekommen hätte. Als er sich dann zur bestimmten Zeit der Militärbehörde zur Untersuchung stellte, wurde er auf Grund seines Herzfehlers als dauernd unbrauchbar entlassen.

Ich hatte schon im Beginn der Krankengeschichte erwähnt, dass Pat. zur Zeit, als ich ihn sah und untersuchte, ausser einem lauten Frémissement und einem blasenden systolischen Geräusch eine erhebliche Vergrösserung des rechten neben einer geringeren Vergrösserung des linken Ventrikels dargeboten hatte, so dass an der Existenz eines Herzfehlers

(Mitralinsufficienz) nicht gezweifelt werden konnte. Ich glaube daher, es wird in diesem Falle nicht beanstandet werden können, dass sich bei einem bis dahin gesunden Menschen, welcher alle Strapatzen des Militärdienstes bei einem Kavallerieregiment anstandslos durchgemacht hatte, im Anschluss an eine Quetschung der linken Brustseite durch das gewaltsame Andrängen des Pferdes gegen einen Stallpfosten und ferner noch durch einen Hufstoss gegen die Herzgegend, eine akute fieberhafte Krankheit entwickelt hatte, die wir als Endocarditis auffassen müssen, und welche im Verlaufe von mehreren Monaten zu einer sicheren Mitralinsufficienz führte.

Fall III. Dieser betrifft einen 32jährigen, vorher nachweisbar gesunden Arbeiter, welcher bei dem Bau der B...-brücke beschäftigt war. Es wurde das Material dazu z. Th. auf Oderkähnen herangebracht und musste mittels Krähnen von den Schiffen heruntergeschafft werden. Der Mann hatte eine der Winden zu bedienen. Durch Unaufmerksamkeit liess er die Kurbel der sich aufwickelnden Winde aus der Hand gleiten diese schlug mit grosser Heftigkeit zurück und dem Mann ein paar Mal gegen die linke Brustseite. Er fiel zu Boden, war anfangs benommen, erholte sich aber nach kurzer Zeit und wurde dann von seinen Kameraden auf den Rasen der Böschung gelegt und, nachdem er die ersten Schmerzen und den ersten Choc überwunden und sich soweit erholt hatte, dass er transportfähig war, in einer Droschke nach Hause gefahren. Hier behandelte ihn ein zu seiner Kasse gehöriger Kassenarzt, der ihm bekannt war, und der ihn schon bei einer früheren Gelegenheit vor Jahren behandelt hatte, 4 oder 5 Tage lang mit Eis und beruhigenden Mitteln. Der Kranke klagte hauptsächlich über das Gefühl, als ob etwas in seiner Brust zerrissen wäre, über Schmerzen in der Herzgegend, die nach der linken Schulter ausstrahlten, über Athemnoth, Herzklopfen, Oppression und allgemeine Unruhe. Der Puls war sehr frequent, klein, flatternd und unruhig; der Kranke machte einen schwer leidenden Eindruck und war nach Angabe des Arztes leicht cyanotisch und kurzathmig. Am Herzen war nach Angaben des Letzteren nichts Krankhaftes nachzuweisen, nur waren die Herztöne sehr leise und schwach wahrnehmbar. So blieb der Befund etwa die ersten fünf Tage, dann besserte er sich unter der Eisbehandlung. Am 13. Tage post trauma kam er auf Wunsch des behandelnden Kollegen, Dr. S., in meine Poliklinik. Ich konnte bei der Untersuchung noch eine erhebliche Dyspnoë und leichte Cyanose konstatiren, sehr starkes Herzklopfen und leise Herztöne. Pat. klagte über ausstrahlende Schmerzen nach der linken Schulter. Die wenigen Schritte von der Droschke in das Haus seien ihm sehr schwer geworden; er hätte wiederholt stehen bleiben müssen, weil ihm der Athem ausgegangen sei. Alsdann klagte er über grosses Angstgefühl in der Brust und über Schmerz in der Praecordialgegend. Bei der Untersuchung des Herzens fand ich reine, aber sehr schwache Töne. Der Puls war klein, flatternd, 84 in der Minute, etwas unregelmässig. Dieser Befund hielt ungefähr bis zum 18. Tage an, an welchem ich den Pat. zum 2. Male sah. Bald darauf konnte ich ein leises, aber unzweifelhaftes Geräusch systolischer Natur an der Spitze erkennen. Dieses blieb einige Zeit bestehen, nahm dann zu, wurde immer mehr hauchend, und hatte schliesslich einen sehr intensiven Charakter. — Nach der 13. Woche, bis zu welcher dieses Geräusch nach seinem Auftreten unverändert bestehen blieb, aber ohne dass sich gleichzeitig eine Vergrösserung des Herzens hätte nachweisen lassen, wurde Pat. aus der Krankenkasse entlassen und fiel dem „Unfall" zu. Ich habe ihn noch lange Wochen danach wiederholt gesehen und immer wieder dieses Geräusch konstatiren, aber keine sichere Hypertrophie des rechten Ventrikels feststellen können. Diese ist auch später nicht eingetreten. — Nach einer Reihe von Monaten bekam ich von der Berufsgenossenschaft den Auftrag, ein Gutachten über den Verletzten abzugeben. Ich äusserte mich dahin, dass er in Folge seines Unfalls eine Herzkrankheit acquirirt hätte, welche ihn vorläufig vollständig arbeitsunfähig mache. Diesem Gutachten wurde Folge gegeben. — Neun Monate nach dem erlittenen Trauma bekam ich von Neuem die Akten zugeschickt mit dem Ersuchen, den Rentenempfänger wiederum zu untersuchen und ein neues Gutachten über den jetzigen Stand der Krankheit, und namentlich über den Grad der Erwerbsfähigkeit abzugeben. Ich untersuchte ihn darauf hin und war äusserst erstaunt, dass das Geräusch in der Ruhe verschwunden war. Ich liess den Mann darauf anstrengende Bewegungen ausführen, mehrere Treppen rasch steigen u. a. Dies habe ich mehrere Male an verschiedenen Tagen wiederholt und dabei übereinstimmend feststellen können, dass das Geräusch, welches in der Ruhe nicht wahrnehmbar war, jedesmal deutlich auftrat, sobald die Herzaktion erheblich gesteigert war. Alsdann trat vorübergehend dasselbe laute hauchende Geräusch an der Herzspitze und über dem unteren Theil des Sternum auf, welches ich früher regelmässig gehört hatte. Eine Hypertrophie des rechten Ventrikels war auch inzwischen nicht eingetreten. Der Kranke äusserte sich auf mein Befragen dahin, dass es ihm viel besser gehe, und er in der Ruhe keinerlei Beschwerden empfinde; nur sobald er sich anstrenge, dann träten Beschwerden von Seiten des Herzens auf, welche ihn zwängen, jede Beschäftigung (selbst die unbedeutendste Hausarbeit) einzustellen. Ich schätzte daher den Grad seiner Erwerbsunfähigkeit vorläufig noch auf 60 %, welche ihm auch von der Berufsgenossenschaft anstandslos zugebilligt wurden. Leider habe ich den Kranken später nicht wiedergesehen, da er Berlin verliess.

Ich habe diesen zuletzt mitgetheilten Fall aufgefasst als eine subakut verlaufende Endocarditis, die allmählich chronisch wurde und dann eine Rückbildung einging der Art, wie man sie unter gleichen Bedingungen (anatomischer Art, wobei die Aetiologie gleichgiltig ist) nicht allzuselten antrifft, wobe sich am freien Rand der Mitralis eine Verdickung ausbildet welche klinisch nur ganz geringe oder überhaupt gar keine Erscheinungen macht. Jedenfalls ist dies einer der wenigen in der Literatur verzeichneten Fälle von einfacher, wie ich sie auffasse, verrucöser Endocarditis traumatischen Ursprungs, welcher nicht in einen Herzfehler, sondern in Heilung mit Verdickung des freien Randes der Klappe überging. Ich will damit nicht gesagt haben, dass es nicht öfters vorkommen mag, dass in Folge von Traumen, die das Herz betreffen, sich Verdickungen des Klappenrandes ausbilden; das ungleich Häufigere bei der Ausbildung einer traumatischen Endocarditis verrucosa ist aber jedenfalls die secundäre Schrumpfung, die zur Bildung eines bleibenden Herzfehlers führt Da wir ja fast niemals Gelegenheit haben, solche Fälle zur Sektion zu bekommen, so sind wir hier lediglich auf die klinische Beobachtung und Erfahrung angewiesen.

Fall IV. Traumatische Pericarditis und Endocarditis mit Ausgang in Mitralinsufficienz.

Der letzte Fall, den ich für werth halte, um ihn hier zu erwähnen, betrifft einen jugendlichen Kranken, den ich zufällig von früher her kannte, einen 21jähr. Arbeiter, der ein Divertikel des Oesophagus hatte und deswegen früher wiederholt in meine Poliklinik gekommen war, wo ich ihn mehrere Male in meinen klinischen Cursen wegen seines „Vormagens" demonstrirt hatte. Da ich ihn bei dieser Gelegenheit wegen seiner Klagen über Dysphagie vor Einführung der Sonde in den Oesophagus jedesmal aufs sorgfältigste untersucht hatte, ob nicht vielleicht ein Aneurysma der Aorta vorläge, so kannte ich die Verhältnisse seines Herzens ganz genau, die überdies

protokollarisch festgelegt worden waren. Das Herz war bei dieser Gelegenheit wiederholt ganz gesund befunden worden. Auch nicht lange vor dem Unfall war das Herz gelegentlich einer solchen Demonstration wieder untersucht und gesund befunden worden. — Er acquirirte seinen Unfall auf folgende Weise: Er arbeitete als Steinträger und trug Steine (Ziegel) in einer Mulde, die er auf der linken Schulter hatte, auf einen Neubau. Bei dieser Gelegenheit „verhaperte er sich an seinen Holzpantinen" (seinem eigenen Ausdrucke zu Folge) und blieb beim Uebergang von der ersten auf die zweite Leiter, ungefähr in der Höhe eines Stockwerks, an einer Leitersprosse haften; er fiel rücklings herunter, kam auf den Rücken die zu liegen, wobei die Steine natürlich von der Schulter herunter und zum grossen Theil ihm auf die Brust fielen. Der Verletzte hatte zunächst einen Zustand von Benommenheit und Choc und lag ziemlich lange Zeit bewusstlos da, bis er von seinen Kameraden etwas Schnaps zugeführt bekam. Allmählich besserte sich sein Zustand, und er erholte sich soweit, dass er von ihnen nach Hause gebracht werden konnte. Es wurde ein mir befreundeter Kollege geholt, der ihn untersuchte und vor allen Dingen, was mir das Wichtigste zu sein scheint, am Herzen reine Töne konstatirte. Es stimmte dies demnach mit den früher von uns erhobenen Befunden überein. Der weitere Verlauf der Erkrankung war ungefähr gleicher Art, wie beim vorigen Fall. Der Kranke hatte starke Dyspnoë, einmal auch vorübergehend hämorrhagischen Auswurf. Daneben bestand starkes Herzklopfen, Angstgefühl, Oppression und auch der nach der Schulter hin ausstrahlende Schmerz. Es war bei den täglichen Untersuchungen in den ersten Tagen nach dem Unfall kein Geräusch am Herzen nachweisbar. Der Kollege bat mich, den Verletzten anzusehen. Ich sah denselben zum ersten Male am 5. Tage nach dem Unfall. Ich fand ebenfalls anfangs kein Geräusch. Dann aber trat am 3. Tage meiner Beobachtung (dem 8. post trauma) eine trockene Pericarditis auf, deren Schaben auch von dem Kollegen anerkannt wurde, und Tags darauf sehr deutlich zu fühlen und zu hören war.

Während dieser Zeit bestand bei leichter Temperatursteigerung vermehrte Herzthätigkeit, Dyspnoë und Oppression, bei unbedeutenden Anstrengungen; z. B. nach Gängen auf das Kloset, klagte er über Herzklopfen und ein eigenthümliches beängstigendes Gefühl in der Herzgegend. Der Puls wurde alsdann deutlich arythmisch, was in der Ruhe nicht nachweisbar war. Das pericardiale Reiben verlor sich nach einigen Tagen, jedoch erschien alsdann der systolische Ton an der Spitze gedehnt und wie gespalten. Während wir uns anfangs über diese Erscheinung noch keine Rechenschaft geben konnten, trat alsbald ein unzweifelhaftes Geräusch an Stelle des gespaltenen Tones, welches blasenden Charakter hatte und sich unverändert, nur mit zunehmender Intensität, erhielt. Gleichzeitig schien auch die Herzdämpfung über den linken Sternalrand herüber nach rechts zuzunehmen. Während wir anfangs auch darüber noch im Zweifel waren, konnten wir im Laufe der nächsten 10—12 Tage eine deutlicher werdende Dämpfung auf dem unteren Theil des Sternum wahrnehmen. Ich sah den Pat., welcher bisher noch unverändert bettlägerig war, einige Zeit nicht, bis mich der behandelnde Kollege bat, ihn wieder einmal zu besuchen. Es war die sechste Woche nach dem Unfall; ich traf den Verletzten ausserhalb des Bettes, in der Ruhe regelmässig und ruhig athmend, ohne wesentliche Beschwerden, mit 72 regelmässigen Pulsen. Als ich nach der Untersuchung, die ein blasendes, systolisches Geräusch an der Herzspitze, einen verstärkten zweiten Pulmonalton und eine Verbreiterung des rechten Ventrikels bis zum rechten Sternalrand ergeben hatte, den Pat. aufforderte, einige Male durch das Zimmer zu gehen, änderte sich das Bild wesentlich: der Mann klagte sofort über Herzklopfen und Oppressionsgefühl; in der Herzgegend sah man die weit verbreitete Pulsation an der Brustwand, den Spitzenstoss näher der Mamillarlinie, als normal, sehr verbreitet und hebend, den Puls auf 86 gestiegen, etwas dicrot und arythmisch, das Geräusch wesentlich lauter, als vorher. Nach einiger Zeit der Ruhe schwanden diese Erscheinungen wieder, und es trat das zuerst geschilderte Bild an deren Stelle. Der Kollege theilte mir mit, dass es dem Patienten in der Ruhe gut ginge, dass aber bei der geringsten Bewegung Arythmia cordis mit Palpitationen und dem Gefühl von Herzangst einträten. Ich hatte später den Fall forensisch zu begutachten, wobei ich mein Urtheil dahin abgab, dass Pat. in Folge seines Unfalles eine Mitralinsufficienz acquirirt hätte, welche ihn z. Z. vollständig arbeitsunfähig machte. Meine Argumentation wurde anerkannt, und der Verletzte erhielt Vollrente.

Nach Jahr und Tag erfuhr ich von dem behandelnden Kollegen, dass sich in dem Zustand des Kranken nichts wesentliches geändert habe, dass er seinen Herzfehler nach wie vor besitze und zu anstrengender Arbeit, bei der er sich viel bewegen müsse, untauglich wäre. Er stand damals an einer viel frequentirten Strassenecke Berlins und bot den vorübergehenden Passanten Reklamezettel an.

In ähnlicher Weise verlaufen alle derartigen Fälle und führen nicht ausnahmslos, aber relativ häufig zu chronischen Klappenfehlern, am häufigsten zu Mitralinsuffizienzen, seltener zu Aorteninsuffizienzen und nach Angaben in der Litteratur gelegentlich auch zu Mitralstenosen.

Ueber den Verlauf der Endocarditis als solcher brauche ich nichts besonders hinzuzufügen, da sie im Grossen und Ganzen denselben Charakter hat, wie die entsprechende Endocarditis beim akuten Gelenkrheumatismus und der Gonorrhoë. Bei der Würdigung des einzelnen Falles hängt Alles von der unbefangenen Kritik und dem lückenlosen Beweise ab, dass ein bis dahin herzgesunder Mensch in Folge eines Trauma wirklich einen Klappenfehler acquirirt hat.

Da die Individuen, welche eine traumatische Endocarditis erlitten haben, in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle am Leben bleiben, so können wir uns nur Vorstellungen bilden über die pathologischen Prozesse, welche vor sich gegangen sind, dieselben aber nicht beweisen. Natürlich müssen wir uns bei Abschätzung derselben auf die in der Literatur vorhandenen Sektionsprotokolle von letal verlaufenen Fällen traumatischer Läsionen des Herzens stützen, und danach scheint es keinem Zweifel zu unterliegen, dass in der That wirkliche typische, entzündliche Endocarditis mit Excrescenzenbildung vorkommt; Excrescenzen, aus denen man in schweren, septisch verlaufenen Fällen traumatischer Endocarditis Streptokokken hat züchten können. Ich stelle mir weiter den Prozess so vor, dass eine Blutung oder eine Kontinuitätstrennung, vielleicht nur minimaler Art, eine Abhebung des Endothels, in schwereren Fällen eine Ablösung, Quetschung oder Zerreissung des Endocards stattfindet, welche die Invasionsstätte für die Entzündungserreger darstellt. Die Entzündung führt zur Bildung der warzenähnlichen Vegetationen, auf welchen sich thrombotische Massen aus dem Blute abscheiden. Diese sind der hauptsächliche Sitz der Mikrobien, welche ich auch für diese Fälle annehme. Woher dieselben stammen, ist schwer zu sagen, da man annimmt, dass im Blut gesunder Menschen Mikroorganismen nicht kreisen. Indess ist ein Mensch, der ein erhebliches Trauma erlitten hat, nicht mehr als gesunder anzusehen, sondern vor Allem als ein solcher, dessen Widerstandsfähigkeit erheblich abgenommen hat; ausserdem hätte es keine Schwierigkeiten, anzunehmen,

dass in Folge des Trauma Mikrobien aus andern Organen (beispielsweise dem Darm oder den Lungen, welche vielleicht ebenfalls kleinste Kontinuitätstrennungen erlitten haben) zunächst ins Blut übertreten und sich weiter auf den Klappen ansiedeln, wo sie gedeihen, sich weiter entwickeln und in Folge der günstigen Entwicklungsbedingungen eventuell sogar eine höhere Virulenz erlangen, als sie ursprünglich besassen. — Noch günstiger für die Entwicklung einer traumatischen Endocarditis werden die Verhältnisse in denjenigen Fällen liegen, in denen die Erkrankung schon von früher her kranke Klappen befällt. Die Frage nach der Herkunft der Mikroorganismen dürfte denselben Schwierigkeiten begegnen, wie in einer Reihe von anderen Krankheitsfällen. Ich denke hierbei an alte abgelaufene Klappenfehler, die jahrelang keine besonderen Erscheinungen hervorgerufen haben. Plötzlich treten ohne manifeste Symptome an anderen Stellen des Körpers die Erscheinungen einer akuten Endocarditis auf. Dazu gehört ausser der Existenz von Mikroorganismen noch dasjenige Moment, welches wir gewöhnlich als Disposition bezeichnen. Diese kann eine durchaus örtliche sein, doch ist sie keineswegs immer nachweisbar. Ganz analoge Verhältnisse liegen auch bei der Osteomyelitis vor, wo sich plötzlich von einem alten, seit Jahren erscheinungslos (obsolet) gebliebenen Herde aus neue akute Entzündungserscheinungen entwickeln. — Auch hier wird man sich die Frage vorlegen müssen, ob die im Depôt gelegenen Bakterien plötzlich wieder virulent geworden sind, resp. von woher sonst die Krankheitserreger stammen. Aber daran, glaube ich, darf nicht gezweifelt werden, dass in solchen Fällen, wie den mitgetheilten, sich eine Endocarditis entwickeln kann, welche zur Bildung der pathologischen Produkte führt, wie wir sie von der akuten Endocarditis benigna rheumatica und gonorrhoica her so wohl kennen. Die Häufigkeit der Bildung von Klappenfehlern in diesen traumatischen Fällen ist auf die Tendenz der benignen Endocarditis, zu schrumpfen, zurückzuführen.

Dass auch in Anfangs benignen Fällen traumatischer Provenienz durch eine sekundäre Infektion mit Eiterkokken gelegentlich eine schwere septico-pyämische Form entstehen kann, die unter allen Erscheinungen der Pyämie jäh zum Tode führt, kann nach unseren anderweitigen Erfahrungen nicht befremdlich erscheinen.

Ich habe in diesem kurzen Essay über die traumatische Endocarditis viele wichtigen Fragen theils nur gestreift, theils gar nicht berührt. Hierher gehören u. A. die kritische Besprechung des literarisch vorliegenden Materials über traumatische Endocarditis, das Verhältniss der bakteriologischen Befunde bei ätiologisch anderwerthigen Formen der Endocarditis in Beziehung zur traumatischen Form, die Besprechung der Frage, ob in Folge von Traumen Stenosen der Ostien entstehen können, die durch Trauma bedingten Zerreissungen von Klappen, Papillarmuskeln und Sehnenfäden, die traumatische Myocarditis etc. Ich behalte mir vor, auf diese und andere Fragen von Interesse in einem zweiten Artikel zurückzukommen.

Zur Mechanik der doppelseitigen Serratuslähmung.

Von
Dr. Placzek,
Nervenarzt.

Zu den vielfältigen Neuforderungen, welche dem ärztlichen Wissen und Können seit dem Bestehen der Wohlfahrtsgesetzgebung erwuchsen, gehört neben der vertieften Kenntniss von den ursächlichen Wechselbeziehungen zwischen Trauma und Krankheit eine gesicherte Anfangsdiagnose. Weniger sind es therapeutische Rücksichten, die letztere Forderung heutzutage weit dringender betonen lassen, obwohl auch sie mitsprechen, als vielmehr die möglichen späteren Rentenansprüche, da deren Berechtigungsnachweis zu einer untrüglichen, klaren Frühdiagnose eine wünschenswerthe Grundlage erhält. Hiergegen wird nun bei neurologischen Fällen ganz besonders oft gefehlt, oft so schwer, dass selbst die strikteste Wahrung kollegialer Rücksicht und der allgemein-ärztlichen Interessen nicht ein herbes Urtheil vermeiden lässt.

Wenn eine Facialislähmung als Schlaganfall gebucht wird, obwohl die Entstehungsart, das Mitbefallensein des Stirnastes, die elektrischen Veränderungen, die periphere Natur der Affektion bestimmt darthun, so mag das noch hingehen. Wenn aber eine Radialislähmung durch Tricepskontraktion als Verrenkung des Handgelenkes, eine doppelseitige Radialislähmung nach Bleiintoxikation als Rheumatismus, eine Peroneuslähmung als Sehnenscheidenentzündung gedeutet wird, — ich citire nur einige persönliche Erfahrungen aus letzter Zeit, — so sind das Fehldiagnosen, die bei einem späteren Gutachten eigenthümlich beleuchtet werden müssen und schwer entschuldbar sind. Den direkten Anlass zu diesen Ausführungen bietet eine traumatisch entstandene doppelseitige Serratuslähmung, die trotz ihres auffälligen Symptombildes ein volles Jahr als „kleiner Geburtsfehler" und „Schulterverstauchung" bezeichnet wurde. Da solche in ihren Konsequenzen schwerwiegenden Irrthümer geeignet sind, das Vertrauen des Laienpublikums auf das ärztliche Wissen zu erschüttern, da ausserdem in diesem Falle das ausserordentlich seltene Vorkommniss zu konstatiren ist, dass die Lähmung doppelseitig, und ihr Entstehungsmodus selten klar ist, erscheint es mir nicht unangebracht, die Beobachtung mitzutheilen. Vielleicht trägt das bei, in Zukunft ähnliche „Kunstfehler" zu verhüten.

Das 17jährige Dienstmädchen Marie F. fiel ihrer jetzigen Herrin dadurch auf, dass sie trotz besten Willens nicht hoch langen konnte und bei manchen Bewegungen wie „bucklig" erschien. Die Veränderungen sollten seit einem Jahre bestehen und trotz verschiedener ärztlicher Massnahmen und — natürlich — schliesslicher Behandlung durch den „Ziehmann" unverändert geblieben sein. Ueber die Entstehungsweise des Leidens ermittelte ich Folgendes:

„Das stets gesund gewesene, aus gesunder Familie stammende Mädchen diente zuvor auf dem Lande. Hier sollte sie eines Tages einen schweren Korb mit Kartoffeln tragen. Um den Korb bequemer auf den Rücken zu bringen, stellte sie ihn auf zwei horizontale Leitern, stellte sich mit der Rückseite davor und ergriff mit beiden Armen über die Schultern hinweg den Korbrand. Da der Korb abzurutschen drohte, klammerte sie die Hände fest, obwohl die Arme stark hintenüber gezogen wurden, konnte aber nicht verhindern, dass ein Theil der Kartoffeln verschüttet wurde. Schmerz hatte sie in dem Augenblicke nicht verspürt und nur losgelassen, weil sie die Kartoffeln auflesen wollte. Erst ein Vierteljahr später merkte sie, dass sie schwer hoch langen konnte, und der Rücken „so anders" wurde.

Die Untersuchung ergab, dass in Ruhestellung bei herabhängenden Armen beide Schulterblätter höher und von der Wirbelsäule 9,2 cm entfernt stehen, gemessen am oberen inneren Winkel. Der untere Schulterblattwinkel ist in der Höhe des 5. Rückenwirbels und etwa $1^1/_2$ cm vom Brustkorb ab, links etwas weniger weit. Der innere Schulterblattrand verläuft von unten innen nach oben aussen. Das akromiale Ende des Schulterblattes hängt beiderseits, rechts etwas mehr als links.

Wenn die Patientin die Arme seitwärts hebt, so treten beide Scapulae höher, bis schliesslich der processus coracoideus in der Mitte des oberen äusseren Trapeziusrandes fühlbar wird.

Sie nähern sich nicht der Mittellinie, entfernen sich im Gegentheil noch etwas nach aussen. Gleichzeitig verstärkt sich die Schaukelstellung. Die mittlere und obere Sektion des Trapezius spannt sich hierbei sichtbar und fühlbar an, ebenso der Deltorides.

Stellt man diese Stellungsänderung im schematischen Bilde der bei gleicher Bewegung eintretenden, normalen Schulterblattstellung gegenüber, so findet man, dass die obere Seite der Schulterblätter schon in der Ruhe schräg von oben innen nach unten aussen läuft und diese Richtung behält, bis der Arm seitwärts zum $1/_2$ R erhoben ist. Nun erst nähert er sich immer mehr der Horizontalen, die er erreicht, wenn der Arm im rechten Winkel seitwärts gestreckt ist. Er erreicht übrigens die rechtwinklige Stellung voll nur, wenn man etwas nachhilft. Selbständig gelingt es der Patientin nur bis etwa 80 Grad, obwohl Deltoides und Pectoralis major sich prall anspannen.



Sollen die Arme weiter bis zur Vertikalen gehoben werden, so ist das nur so zu erreichen, dass künstlich die Schulterblätter nach aussen gedreht werden und auf diese Weise die fehlende Zugwirkung des grossen Sägemuskels ausgeglichen wird.

Hebt Patientin beide Arme nach vorn, so treten die Schulterblätter flügelförmig vom Brustkorb ab, so dass man die ganze Hand in die entstehende Höhlung einlegen kann. Wie beträchtlich die Stellungsänderung ist, lehrt sehr anschaulich das folgende Bild, auf dem der weit über die Mittellinie hinüberfallende Schatten des rechten Schulterblattes, — es handelt sich um eine Blitzlichtaufnahme — beweist, wie weit es nach hinten vorragt. Die Schulterblätter treten in toto höher, ohne sich der Mittellinie zu nähern. Man nimmt deutlich wahr, wie die mittlere Portion des Trapezius, sowie die am processus coracoideus inserirenden Mm. coracoideus, langer Bicepskopf sich anspannen und das Schulterblatt nach vorn überzukippen suchen. Dass die untere Portion des Trapezius oder die Mm. rhomboides und Levator scapulae hierbei thätig wären, ist nicht zu bemerken, auch nicht abzutasten.

Patientin kann beide Schultern aktiv gut erheben, auch leidlich einander nähern, doch nicht so weit, dass nur ein dicker Muskelwulst sich zwischen ihnen vorbaucht. Beide treten hierbei höher.

Die Berührungs-, Schmerz-, Temperaturempfindung ist im Gebiet des Schultergürtels unversehrt. Vom Reizpunkte des N. thoracicus longus, in dem Winkel zwischen äusserem Cucullarisrand und Clavicula, ist der grosse Sägemuskel beiderseits bei stärkeren Strömen erregbar.

Was die Beobachtung für uns zunächst interessant macht, ist die doch zum Mindesten auffällige Thatsache, dass sie trotz des augenfälligen, eindeutigen, in der Entstehung leicht erkennbaren Symptombildes ein volles Jahr als „kleiner Geburtsfehler" oder „Schulterverstauchung" gehen konnte. Es ist dieser Irrthum um so verwunderlicher, als ja einseitige Serratuslähmungen und hier besonders die traumatisch bedingten durchaus nicht selten sind. Steinhausen konnte aus den Sanitätsberichten der deutschen Armee 1882—94 feststellen, dass eine Serratuslähmung auf 238 Erkrankungen der peripheren Nerven kommt. In der Literatur wurden in den letzten zwei Jahrzehnten 42 Fälle mitgetheilt, als deren Ursachen



ausser dem Trauma verschiedenster Art Rheumatismus, Gelenkrheumatismus, Influenza, Typhus, Muskelatrophie genannt werden. Die traumatischen Einwirkungen waren direkte Verletzung des Nervus thoracicus longus durch Stich (Jolly), Schnitt bei Ausschälen von Drüsentumoren (Köhler), Fall auf Schulter oder Arm (Sperling), Druck von Lasten (Bernhard, Düms, Souques und Morstadt), Zerrung oder Dehnung (Morf, Placzek zweimal, Landgraf), gewaltsame Muskelanstrengung (Placzek). Auffällig ist es, dass die letztgenannten Ursachen, Zerrung oder Dehnung und gewaltsame Muskelanstrengung so ausserordentlich selten die Lähmung doppelseitig entstehen liessen, obwohl sie doch häufig auf beiden Seiten gleichzeitig und gleich stark einwirkten. In der Literatur schildert nur Sperling eine doppelseitige Form, doch hatte nicht das gleiche Moment die Doppelseitigkeit verschuldet. Ein Holzblock hatte erst die eine Schulter getroffen, dann schlug Patient mit der anderen Schulter auf eine Eisenbahnschiene auf.

Bei unserer Patientin musste die Unmöglichkeit, die Arme über die Horizontale zu erheben, sofort Verdacht auf eine Erkrankung der grossen Sägemuskeln erwecken, wobei allerdings betont werden muss, dass die Erkrankung auch bestehen kann, wenn der Arm bis zur Vertikalen gehoben wird. Steinhausen stellte fest, dass unter den 42 Beoabchtungen der Literatur

in 24 die Armerhebung höchstens bis zur Horizontalen, in 19 bis zur Vertikalen möglich war. Schwieriger ist nur, und ist es in jedem Falle, — die Feststellung, ob der Serratus allein befallen ist, oder andere Muskeln miterkrankt sind. Namentlich Trapezius und Deltoideus kommen hier in Frage. Die differenzirende Feststellung bot so lange keine Schwierigkeiten, als eine mehr schematische Auffassung von dem Bewegungseffekte des Trapezius einerseits, und des Deltoideus andererseits gültig war. Man nahm einfach an, dass der Deltoideus den Arm allein bis zum rechten Winkel erhob, dann erst der Serratus anticus einsetzte und durch Schulterblattdrehung den Arm zur Vertikalen emporschleuderte. Der Bewegungsvorgang ist jedoch, wie jetzt festgestellt ist, viel komplizirter. Die Dreher der Scapula wirken bei der Abduktion des Armes von Anfang an mit und halten gleichmässig bis zum Schlusse an. Thöle und Mollier. Ausserdem soll bei isolirter Serratuslähmung der ungeschädigte Deltoideus im Stande bleiben, den Arm bis zu 120 Grad zu erheben, und wenn dann eine geringe vom Trapezius besorgte Drehung der Scapula hinzukommt, so



soll die Erhebung 130 Grad und mehr erreichen, ja auf Augenblicke durch Eingreifen des Pectoralis major bis zur Senkrechten gehen.

Um nun bei diesem komplizirten Mechanismus festzustellen, ob der Deltoideus, d. h. der ihn innervirende N. axillaris mitbetroffen ist, könnte man sich an die allgemein gültigen Charakteristika halten, dass Leute mit „Deltoideuslähmung" den Arm fast gar nicht heben, nicht allein essen, die Hand auf die andere Schulter legen können. Die vordersten Fasern, welche noch Aeste von den N. thoracici bekommen, sollen bei Lähmung des N. axillaris sich zwar noch zusammenziehen, aber auch mit Hülfe des coraco-brachialis den Arm nur eine Spur nach vorn in die Höhe bringen.

Unsere Patientin kann nun allein essen, den Arm nach allen Seiten bis fast zur Horizontalen heben, die Hand aufs Kreuz legen. Wenn sie die Hand auf die andere Schulter legen will, kommt sie mit den Fingerspitzen bis an die Clavicula und muss dann erst tastend auf die Schulter hinaufklettern. Genügt dieser letzte Bewegungsdefekt, um wenigstens eine lähmungsartige Schwäche in den Mm. deltoidei anzunehmen? Ich glaube nicht, denn der Muskel ist beiderseits kräftig gewölbt, fühlt sich elastisch an und wird bretthart, wenn er in Thätigkeit tritt. Er reagirt auch auf beide Stromesarten. Wenn die Hand nicht ganz auf die Schulter der anderen Seite gebracht werden kann, so lässt sich das durch den Ausfall der beiden nachweisbar betroffenen Muskeln, des Serratus anticus und der mittleren und unteren Portion des Trapezius erklären. Indem das acromiale Ende des Schulterblattes so weit herabsinkt, dass es wenig höher als der untere Winkel steht, wenn das Schulterblatt nicht mehr an den Brustkorb angepresst wird, ist der Humeruskopf nicht mit der erforderlichen Stärke im Schultergelenk festgestellt, es kann daher der Deltoideus nicht mit voller Kraft wirken.

Einfacher zu beantworten sind die Fragen, ob der Trapezius überhaupt, ob er ganz oder in einzelnen Portionen betroffen ist. Der Höherstand und das flügelförmige Abstehen des Schulterblattes besagen allein hierfür nichts, wohl aber die Vergrösserung des Abstandes von der Wirbelsäule und das Herabsinken des äusseren Schulterblattwinkels. Während unter normalen Verhältnissen in der Ruhestellung der obere Schulterblattwinkel $7^3/_4$, der untere 8 cm von der Wirbelsäule entfernt ist, beträgt hier der Abstand 9,2 cm. Diese



Entfernung bleibt, wenn die Arme seitwärts erhoben werden, während normal sich die Schulterblätter hierbei auf 3, resp. 4 cm nähern. Beim Vorwärtsheben der Arme weicht das Schulterblatt in unserem Falle noch weiter nach aussen ab, während es in der Norm in der Ruhestellung verharrt, und bei unkomplizirter Serratuslähmung sich der Wirbelsäule beträchtlich nähert. Wie im letzteren Falle das Schulterblatt der vereinten Wirkung von Cucullaris, Rhomboides und Levator scapulae folgt, also an die Wirbelsäule herangezogen wird und höher steigt, zeigen sehr instruktiv die Abbildungen zweier Fälle, über die ich im Jahre 96 (Deutsch. med. Woch.) und 98 (Sitzungsber. d. Berl. m. Gesellsch.) berichtete.

Es erübrigt nun noch festzustellen, in welchem Theile seines Verlaufes der Nervus thoracicus longus geschädigt wurde. Zumeist wird er ja an einer mehr endwärts gelegenen Stelle getroffen, woher es kommt, dass die oberen Zacken des Sägemuskels entgehen. Hier dürfte er schon hoch oben in oder dicht an der Austrittsstelle verletzt sein, denn der Sägemuskel ist ganz betroffen, auch spricht der Vorgang bei der Verletzung dafür. Sicherlich sind in dem Augenblicke, wo die über die Schultern gebeugten Arme den über den Rücken abrutschenden schweren Kartoffelkorb zu halten versuchten, beide Schlüsselbeine beträchtlich nach oben und rückwärts gezerrt werden. So mussten sie den Nerven oben treffen.

Wie es kommt, dass zuweilen der Cucullaris, — hier in mittlerer und unterer Portion, — betroffen ist, ist ja einwandsfrei anatomisch noch nicht erklärt. Mir erscheint es nicht undenkbar, dass hier, bei dem eigenartigen Mechanismus der Druckwirkung, auch der N. Accessorius, wenn auch weniger stark betroffen wurde.

Ist der Arzt als Inhaber einer Privatkrankenanstalt Kaufmann?

Von

Dr. jur. **Alfred Glücksmann**-Görlitz.

Das am 1. Januar 1900 in Kraft getretene Handelsgesetzbuch hat in dem Bestreben, den Anforderungen des modernen Verkehrs Rechnung zu tragen, den Kaufmannsbegriff stark erweitert und den Kreis derer, die als Kaufleute zur Eintragung ihrer Firma in das Handelsregister verpflichtet sind, viel weiter gesteckt als das bisherige Recht. Es erklärt zum eintragungspflichtigen Kaufmann jeden, der ein Handelsgewerbe betreibt. Als Handelsgewerbe aber lässt es nicht nur jeden Gewerbebetrieb gelten, der eine der aufgezählten Arten von Handelsgrundgeschäften zum Gegenstande hat (§ 1 Abs. 2 des Handelsgesetzbuchs), sondern auch jedes gewerbliche Unternehmen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert (§ 2 ibid.).

Der Gesetzgeber wollte damit diejenigen Kategorien von Gewerbetreibenden treffen, die die öffentliche Meinung dem Kaufmannsstande zuweist, ohne dass sie die Grundgeschäfte des Handels betreiben, wie besonders die Bauunternehmer, die Inhaber von Auskunftsbureaux u. dergl. Aber die vom Gesetz gewählte, allgemeine Fassung bedeutet, wie Gierke in Beurtheilung des Entwurfs*) mit Recht bemerkte, einen Sprung ins Dunkle, und es wird sich erst herausstellen, was alles darunterfällt. Dies in Praxi zu prüfen, liegt dem Registerrichter ob, der gemäss § 14 des Handelsgesetzbuches in Verbindung mit §§ 132 ff. des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit von Amtswegen die Eintragung der verpflichteten Personen zu betreiben und nöthigen Falls durch Ordnungsstrafen zu erzwingen hat. Der Aufforderung des Registerrichters, der Eintragung in das Register der Kaufleute sich zu unterwerfen, wird sich auch der Arzt, wiewohl sein Beruf doch mit dem Handel nichts zu thun hat, nicht in allen Fällen entziehen können.

Das bezieht sich allerdings nicht auf den praktischen Arzt, der Kranke in ihrer Wohnung behandelt oder in seiner Wohnung sich konsultiren lässt. Sein Betrieb hat keine Handelsgeschäfte, sondern ausschliesslich fachwissenschaftliche Leistungen zum Gegenstande, macht niemals kaufmännische Einrichtungen erforderlich. Insoweit bemerkt also die Denkschrift zum Entwurf eines Handelsgesetzbuchs mit Recht, dass die Ausübung des ärztlichen Berufs auszuschliessen sei. Allein die Begründung, die die Denkschrift für diese These giebt, dass nämlich der Ausdruck „gewerblich" schon genüge, um den ärztlichen Beruf auszuschliessen, ist nicht zutreffend.

Für die Beurtheilung der Frage, ob der Beruf des Arztes ein Gewerbe sei, — sie ist für die Lösung der hier ex professo aufgeworfenen Frage propädeutisch —, darf man nicht etwa Standesrücksichten walten lassen, mit denen sie nichts zu thun hat. Bei der Vieldeutigkeit des Begriffes „Gewerbe" in Sprachgebrauch und Wissenschaft ist hier vielmehr lediglich zu prüfen, was das Handelsrecht unter Gewerbe versteht. Die Bedeutung des Wortes, welche Gewerbe mit kleinbetrieblicher Produktion oder auch mit Handwerk identifizirt und der grossbetrieblichen Produktion, der Industrie, gegenübergestellt, ist heute von der Volkswirthschaftslehre reprobirt, und dass das Handelsrecht mit ihr nichts zu thun hat, zeigt schon der Ausdruck „Handels-Gewerbe". Wenn wir von diesem Sprachmissbrauch absehen und uns an die Begriffsbestimmung halten, die heute in der volkswirthschaftlichen Theorie anerkannt und von ihr in die moderne Gesetzgebung übernommen ist, so stehen wir einer doppelten Bedeutung des Wortes „Gewerbe" gegenüber, einer weiteren und einer engeren. Gewerbe im weiteren Sinne nennt man jede bestimmte, berufsmässig ausgeübte Thätigkeit zum Zwecke des Gütererwerbs oder jede selbständig betriebene, wirthschaftliche Thätigkeit, die ihre Leistungen gegen Entgelt im Verkehr anbietet. Unter Gewerbe im engeren Sinne ist der Theil der Produktion zu verstehen, der in der Formveränderung von Rohstoffen zur Erzeugung von tauschwerthen Leistungen besteht. Auch diese engere Wortbedeutung verhält sich zu den Geschäften der Distribution, zum Handel, gegensätzlich und kann daher der Begriffsbestimmung des Handelsrechts nicht zu Grunde gelegt werden. Es bleibt also nur übrig, das Wort „Gewerbe", wo es das Handelsrecht verwendet, im weitesten Sinne zu fassen, und zwar geschieht dies im Einklange mit anderen juristischen Disziplinen.*) Wenn wir so unter Gewerbe im Sinne des Handelsrechts jede auf Gewinnerzielung berechnete, selbständige, berufsmässige Arbeitsthätigkeit im wirthschaftlichen Verkehr begreifen, so gehört zu den Gewerbetreibenden auch der mit der berufsmässigen Ausübung der Heilkunde befasste Arzt.

Gleichwohl kann der Betrieb des praktischen Arztes schlechthin aus den schon erörterten Gründen nie zum eintragungspflichtigen Handelsgewerbe werden. Es muss eine besondere Betriebsform hinzukommen, die die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 oder § 2 des Handelsgesetzbuches erfüllt. Um nun in erster Linie zu prüfen, ob der Arzt, der eine Privatkrankenanstalt inne hat, ein Gewerbe, das Handelsgrundgeschäfte zum Gegenstande hat, betreibt, braucht auf den Begriff dieser Grundgeschäfte nicht näher eingegangen zu werden. Das wichtigste und im Handelsgesetzbuch an erster Stelle genannte Geschäft dieser Art, die Anschaffung und Weiterveräusserung von beweglichen Sachen, wird in der Privatkrankenanstalt, in der den Insassen Kost aus gekauften Rohstoffen entgeltlich verabfolgt wird, häufig vorgenommen. Bilden nun diese Geschäfte den Gegenstand seines Gewerbebetriebes? Für die Beantwortung dieser Frage kommt es nicht darauf an, welche Einnahmen die Grundlage für die soziale Existenz des Arztes bilden. Bei dem Arzt, der aus der Gewährung von Unterhalt an seine Klinikpensionäre mehr Gewinn erzielt, als deren ärztliche Behandlung ihm einbringt, bilden trotzdem nicht die mit der Beköstigung verbundenen Geschäfte den Gegenstand des Betriebes, sondern die Ausübung des ärztlichen Berufs, die im Mittelpunkte seiner gewerblichen Thätigkeit steht. Andererseits aber macht es auch keinen Unterschied, ob die Grundgeschäfte im Neben- oder im Hauptgewerbe vorgenommen werden, wenn sie nur sich zu einem geschlossenen Betriebe vereinigen, in welchem sie die Hauptsache bilden. Der Arzt also, der etwa in einem Badeorte ein Logirhaus besitzt, in welchem Gäste ohne Rücksicht darauf, ob sie in ärztlicher Behandlung stehen oder nicht, verpflegt werden, betreibt ein Handelsgewerbe, auch wenn er in Hauptsache der ärztlichen Praxis sich widmet. Er ist dann

*) Vortrag in der Gehe-Stiftung 1897.

*) So bes. Gewerbe- und Gewerbesteuer-Recht. Die Reichsgewerbeordnung und das preussische Gewerbesteuergesetz räumen übrigens ausdrücklich dem ärztlichen Beruf eine Sonderstellung ein.

nicht als Arzt, sondern als Inhaber des Logirhauses eintragungspflichtiger Kaufmann, gerade wie dies ein Angehöriger jedes anderen Berufsstandes und auch der Staat unter Umständen sein kann. Den Gegenstand des ärztlichen Gewerbebetriebes aber bilden nie die Grundgeschäfte des Handels, und der Arzt als solcher wird, auch wenn er seine Kranken in seiner Anstalt aufnimmt, nie zu den sogenannten Musskaufleuten des § 1 Abs. 2 des Handelsgesetzbuches gehören.

Dagegen wird er den durch § 2 geschaffenen, sogenannten Sollkaufleuten seine Zugehörigkeit nicht in allen Fällen versagen können. Die Frage, ob die Privatkrankenanstalt ein „gewerbliches Unternehmen" darstellt, ist ohne Weiteres zu bejahen. Dass der Betrieb des erwerbsthätigen Arztes ein Gewerbe ist, das ist oben nachgewiesen. Das Wort „Unternehmen" unterscheidet sich begrifflich vom „Betriebe" in keiner Weise. Es hat sich jedoch ein Sprachgebrauch herausgebildet, der einerseits ein von bloss manueller Thätigkeit abgesondertes, sachliches Substrat für die Verwendung des Begriffs „Unternehmen" erheischt, andererseits einen quantitativen Unterschied macht — man spricht von Handwerksbetrieb, aber Fabrikunternehmen. Das sachliche Substrat ist in der Klinik vorhanden, und da mit Rücksicht auf das nachher zu erörternde weitere Erforderniss nur bei grösseren Anstalten die Eintragungspflicht in Betracht kommt, so kann auch aus dem zweiten Gesichtspunkte ein Bedenken gegen das Vorliegen des „gewerblichen Unternehmens" nicht hergeleitet werden. — Staub, der Kommentator des neuen Handelsgesetzbuchs, lässt allerdings *) die ärztlichen Heilanstalten nicht schlechthin als gewerbliche Unternehmungen gelten, sondern macht einen Unterschied zwischen der an die ärztliche Praxis sich anlehnenden Anstalt, bei der mit der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt höchstens eine mässige Verzinsung des Anlagekapitals, keinesfalls aber ein Gewinn erstrebt wird, und der auf Gewinn abgesehen von ärztlicher Thätigkeit, berechneten Anstalt. Er knüpft dabei an ein in einer Gewerbesteuersache ergangenes Urtheil des Oberverwaltungsgerichts vom 5. Mai 1898 **) an, welches die Anstalt im ersteren Falle für steuerfrei, im letzteren für steuerpflichtig erklärt. Abgesehen aber davon, dass diese subtile Unterscheidung unpraktisch ist, ist sie ausschliesslich den Bestimmungen des Gewerbesteuergesetzes angepasst, keineswegs aber liegt sie im Begriffe des gewerblichen Unternehmens begründet. Ohne Rücksicht darauf, nach welcher Seite hin die Gewinnabsicht zielt, wird man in der Privatkrankenanstalt ein gewerbliches Unternehmen erblicken müssen, wie dies auch das Oberverwaltungsgericht in seinem Urtheil vom 5. Januar 1893 ***) thut.

Das gewerbliche Unternehmen ist aber nur dann eintragungspflichtiges Handelsgewerbe, wenn es nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert. Was darunter zu verstehen ist, hat das Gesetz nicht näher ausgesprochen. Es hat die Grenze nicht zu ziehen versucht, die ausserordentlich flüssig ist und eine Beurtheilung von Fall zu Fall nothwendig macht. Unter den Momenten, die hierfür massgebend sind, ist in erster Linie eine nach kaufmännischen Grundsätzen eingerichtete Buchführung, d. h. eine übersichtliche, den Stand und Inhalt der Einnahmen und Ausgaben jederzeit klarlegende Buchführung, zu nennen; ferner kommt in Betracht das Halten kaufmännischen Personals, die Behandlung der geschäftlichen Briefe, die Art der Correspondance, der Kassenführung u. A. Hierbei ist zu beachten, dass es nicht darauf ankommt, ob diese kaufmännischen Einrichtungen thatsächlich vorhanden sind, sondern ob sie nothwendig sind, ob das Unternehmen ohne diese Einrichtungen nicht in gehöriger Ordnung gehalten werden kann. Natürlich wird aus dem Vorhandensein solcher Einrichtungen meist ein Schluss auf ihre Nothwendigkeit zu ziehen sein.

Das Erforderniss kaufmännischer Einrichtungen wird bei einer Krankenanstalt nur festzustellen sein, wenn sie in grossem Stile angelegt ist. Ein kaufmännisch eingerichteter Geschäftsbetrieb fällt dann mit dem zusammen, was man bei Anstalten der hier in Rede stehenden Art gemeinhin als Verwaltung zu bezeichnen pflegt. Wenn eine Krankenanstalt den Umfang erreicht hat, dass ihr Organismus einen richtigen Verwaltungsapparat, Führung von Büchern, abgesehen von den für die Krankengeschichte erforderlichen, Registrirung der Ein- und Ausgänge, Anstellung eines von allen sanitären Funktionen befreiten Personalstandes oder wenigstens eines lediglich mit der Geschäftsführung befassten Beamten etc., nothwendig macht, dann ist sie, zwar nicht nach der Natur der Sache, wohl aber kraft der positiven Gesetzesvorschrift, in die Rubrik „Handelsgewerbe" einzureihen, macht sie ihren Inhaber zum eintragungspflichtigen Kaufmann.

*) Kommentar Anm. 2, 3 zu § 1 in Verbindung mit Anm. 16 zu § 1.

**) Abgedruckt in der „Deutschen Juristenzeitung" 1898, S. 331.

***) Abgedruckt in den gesammelten Entscheidungen dieses Gerichts, Bd. 24, S. 321 ff.

Referate.

Allgemeines.

Beitrag zur Kenntniss der latenten Organismen.

Von Julius Schnitzler.

(Archiv f. klin. Chirurgie, 59. Bd. 4. H. 1899.)

Schnitzler giebt in seiner interessanten Arbeit zunächst einen ziemlich vollkommenen historischen Rückblick über die Lehre der latenten Organismen. Nach Kochs grossen Entdeckungen war man zunächst zu der Anschauung gekommen, dass Bakteriengehalt eines Organes gleichbedeutend sei mit Erkrankung desselben. Dann fand man auf der Schleimhaut und der Oberfläche verschiedener Organe lange nach Ablauf spezifischer Erkrankungen (Diphtherie, Pneumonie) noch die pathogenen Mikroorganismen. In neuester Zeit haben dann Carrière und Dauverts festgestellt, dass nach Abschnürung des Milzstieles bei Kaninchen oder Hunden keine Atrophie, sondern Gangraen unter Bildung eines Eitersackes entsteht.

Parez fand bei seinen ausgedehnten Untersuchungen über latente Mikroorganismen beim Menschen und den verschiedensten Thiergattungen zum Unterschied von allen anderen Organen im Parenchym der normalen Lymphdrüsen 78 mal unter 88 untersuchten Fällen Bakterien. Er kommt in Folge dessen zu dem Schlusse, dass die Lymphdrüsen beim normalen Thiere der gewöhnliche Sitz der latenten Mikroorganismen seien.

Es erhalten sich nach seinen Beobachtungen Staphylococcen in den Drüsen des Menschen 40 Tage und Typhusbacillen 60 Tage.

Für den Chirurgen ist die Frage der klinisch symptomenlosen Symbiose der in den menschlichen Körper eingebrochenen Bakterien für das Verständniss zweier Krankheitsbilder von grösstem Interesse: der Späteiterungen nach Einheilung von Fremdkörpern und der recidivirenden Osteomyelitis.

Brunner betont schon die Schwierigkeit, beim Bestehen einer akuten Eiterung, nach einer vor Jahren erfolgten Verletzung zu entscheiden, ob die nun nachweisbaren Mikroorganismen neu eingedrungen oder latent zurückgeblieben seien. Nur bei ganz spezifischen Mikroorganismen, z. B. Typhus-

bacillen, kann die bakteriologische Untersuchung allein entscheiden.

Während im Stadium der manifesten Eiterung die Frage kaum einwandsfrei beantwortet werden kann, verhält es sich ganz anders, wenn die Mikroorganismen im klinischen Ruhestadium, in ihrer Latenzzeit nachgewiesen werden können.

Tavel konnte Staphylococcen in Seidenligaturen, die ein Jahr reaktionslos im Abdomen gelegen hatten, bei einer neuerlichen Laparatomie nachweisen.

Kocher fand bei Gelegenheit einer orthopädischen Hüftgelenksresektion, 17 Jahre nach der klinischen Ausheilung der Coxitis, in dem Mörtel des alten Krankheitsherdes noch infektionstüchtige Tuberkelbacillen.

Schnitzler selbst hatte Gelegenheit, zweimal Staphylococcen in ihrer Latenzzeit nachzuweisen. Im ersten Falle handelte es sich um die Radikaloperation einer recidivirenden Leistenhernie nach zwei Jahren, nachdem mehr als ein Jahr jede Eiterung, welche die erste Operation begleitet hatte, versiegt war, während im zweiten ganz ähnlichen Falle seit der ersten Operation Monate verstrichen waren.

Schnitzler beschreibt dann ausführlich einen Fall von recidivirender Osteomyelitis, der zeigt, dass auch ein tödtlich verlaufendes Recidiv nicht, wie viele Autoren wollen, auf eine Neuinfektion bezogen werden muss.

Durch Zufall konnte Schnitzler aber auch aus einem seit $1^1/_2$ Jahren geschlossenen osteomyelitischen Herde im Stadium klinischer Latenz Staphylococcen züchten. Es handelte sich um ein 22 jähriges Mädchen, welches schon seit einigen Jahren an einer sehr milde verlaufenden Osteomyelitis der rechten Tibia litt. Es waren zwei kleine Knochenherde eröffnet worden, die staphylococcenhaltigen Eiter enthielten. $1^1/_2$ Jahre war die Patientin ganz gesund, als ohne besondere Veranlassung wieder Schmerzen im Bereich der unteren Narbe eintraten, während die obere ganz unverändert blieb. Es musste jetzt wiederum operirt werden, und diese Gelegenheit benutzte Schnitzler, um auch an der oberen reaktionslosen Narbe eine kleine Incision zu machen und aus der Tiefe mit gem scharfen Löffel eine geringe Menge lockeren Knochengewebes herauszunehmen. Hierin fanden sich nun virulente Staphylococcen.

Um der durch klinische Erfahrungen und bakteriologisch-klinische Untersuchungen bis zu einem gewissen Grade sicher gestellten Latenz der Bakterien auch experimentell näher zu treten, injizierte Schnitzler Kaninchen Staphylococcen in die Blutbahn. Meist traten dann Niereneiterungen auf, so dass die Tiere langsam abmagernd daran zu Grunde gingen. Nur bei zwei Tieren, die nicht abmagerten, gelang die Züchtung von Staphylococcen aus dem Knochenmark 10 resp. 15 Tage nach der Injektion. Diese enthielten also damals latente Mikroorganismen, welche keine Krankheitserscheinungen machten. Da auf diese Weise die meisten Versuche misslangen, schlug S. einen anderen Weg ein. Es ist eine bekannte Thatsache, dass einzelne Thierarten sich bestimmten Mikroorganismen gegenüber refraktär verhalten, wenn nicht durch besondere Schädlichkeiten bei dem Versuchsthier eine Disposition für die betreffende Infektion geschaffen wird. Schnitzler infizirte deshalb seine Versuchsthiere und liess dann die disponirende Schädlichkeit nach verschieden langer Zeit auf das Versuchsthier wirken. Die dann auftretende Erkrankung und der Tod des Thieres und die dann leicht nachweisbare bakterielle Infektion mussten den zwingenden Beweis liefern, dass die betreffenden Mikroorganismen vom Momente der Injektion bis zum Eintreten der Erkrankung latent im Thierkörper gelebt hatten.

Es wurden zwei Gruppen von Versuchen ausgeführt. In der ersten wurden Frösche, nachdem sie eine Injektion von Streptococcen in den Lymphsack oder in die Bauchhöhle erhalten hatten, zunächst unter ihren gewöhnlichen Lebensbedingungen gelassen — sie blieben dann gesund — wenn man sie aber am 5., 11., 20. Tage in den Brutapparat bei 33° brachte, so wurden sie krank und krepirten am 4., 5. resp. 7. Tage.

Eine andere Gruppe von Fröschen wurde ebenso injizirt und dann nach verschieden langer Zeit einer tiefen Chloroformnarkose unterworfen. Sie erwachten alle, wie nicht infizirte Tiere und verhielten sich dann zwei Tage lang ganz wie diese, nach zwei Tagen aber erkrankten alle infizirten Frösche und starben.

Das Resumé seiner Ursache ist folgendes: Es gelingt, Frösche bis zu 44 Tagen nach vollzogener Streptococceninfektion durch Hinzufügen einer weiteren Schädlichkeit krank zu machen und sterben zu lassen. In einer grossen Serie von Versuchen misslang der Nachweis von Mikroorganismen im Herzblut und den Organen nur zwei Mal, mehrmals waren die Streptococcen sogar so zahlreich, dass man sie mühelos im Deckglaspräparat des Herzblutes finden konnte. Dagegen misslang der kulturelle Nachweis ohne weitere Kunstgriffe mit der gewöhnlichen kulturellen Methode 10 resp. 34 Tage nach der Infektion fast stets.

Auf dieselbe Weise gelang es, die Anwesenheit des latenten virulenten Bacillus pyocyaneus beim Frosche nach 42 Tagen, des Bacillus Friedländer bis zu 35 Tagen nach der intraperitonealen Infektion nachzuweisen.

Von den Kaninchenversuchen möchte ich nur drei anführen, bei denen durch eine lokale Schädigung das Aufflackern einer latenten Krankheit bewirkt wurde.

Bei drei Kaninchen, welche eine intravenöse Injektion von 1 ccm einer dünnen Staphylococcus Suspension erhalten und ohne consecutive Abmagerung ertragen hatten, wurde nach drei, vier resp. fünf Wochen die rechte Niere in Narkose stark gequetscht. In allen drei Fällen trat in den nächsten Tagen eine Geschwulst auf, die Tiere magerten nun rapid ab und die Sektion, welche zwei bis sechs Tage nach der Quetschung ausgeführt wurde, ergab jedesmal eine ausgedehnte Pyonephritis Pyoperinephritis, während die unberührte linke Niere einmal gar keine, in den beiden anderen Fällen zwei ganz kleine Infarkte aufwies.

Wenn auch die mitgetheilten Versuche nicht alle Fragen der latenten Mikroorganismen lösen, so tragen sie doch wesentlich zur Klärung bei und beweisen eindeutig, dass die in den lebenden Organismus eingedrungenen Bakterien durchaus nicht immer so schnell verschwinden, wie man bisher annahm und wie es manche Autoren heute noch lehren.

Stabel.

Chirurgie.

Beitrag zur operativen Behandlung von Stichwunden des Herzens.

Von Dr. Watten-Lodz, ordinirender Arzt
an der chirurgischen Abtheilung des Fabrikhospitals zu Lodz.
(Gazeta lekarska, 1900, No. 37.)

Dem Beitrag liegt folgender interessanter Fall zu Grunde: Ein 23jähriger Fabrikarbeiter erhielt in der rechten Seite einen Stich mit einem grossen Schaftmesser. Er verspürte dabei keinen Schmerz, verlor aber das Bewusstsein. Nach $3^1/_2$ Stunden erfolgte die Einlieferung in das Krankenhaus. Status: Athmung erschwert und beschleunigt, häufiger Husten. Der Patient ist bei Bewusstsein, wenn er auch die an ihn gerichte

ten Fragen kaum beantwortet. In der linken A. radialis schwacher, beschleunigter und ungleichmässiger Puls. Im rechten vierten Interkostalraum sieht man eine schräg verlaufende Stichwunde von $3^1/_2$ bis 4 cm Länge, die am unteren Rande des Knorpels der vierten Rippe in einer Entfernung von 2 cm vom Brustbein beginnt und in der Richtung nach aussen und unten verläuft. Bei der Athmung tritt aus der Wunde geräuschvoll Luft hervor, während des Hustens sickert auch Blut durch. Herzdämpfung nicht vergrössert. Rechts ergiebt die Perkussion von der dritten Rippe beginnend, tympanischen Schall. Die nähere Untersuchung ergab sowohl im Herzbeutel, wie im Herzmuskel an der rechten Hälfte des Herzens eine Oeffnung, die den Zeigefinger durchliess.

Die Behandlung war nun folgende: Verlängerung der Wunde einerseits bis zum Brustbein, andererseits um einige Centimeter nach aussen. Excision des ganzen Knorpels der vierten Rippe. Unterbindung der A. mammaria, Verlängerung der Hautwunde bis zum Niveau der zweiten Rippe, Vergrösserung der Wunde des Herzbeutels bis auf 5 cm, Durchziehung zweier Fäden durch die Ränder der Herzbeutelwunde. — Durch vermittels dieser Fäden ausgeübten Zug gelang es dem Verf., den Herzbeutel sammt dem Herzen ziemlich nah an die Oberfläche zu bringen. Nunmehr konnte Verf. auch die Wunde im Herzbeutel sehen und näher untersuchen. Sie war 2 cm lang und zeigte gerade Ränder, die bei der Systole etwas auseinandergingen und tief dunkles Blut im schwachen, regelmässigen Strom austreten liessen. Die ersten Versuche, die Herzwunde mittels Naht zu schliessen, misslangen wegen der stürmischen Herzaktion, die den Operateur verhinderte, die Nadel durchzustechen. Verf. sah sich schiesslich veranlasst, mit zwei Fingern der linken Hand in den Herzbeutel einzugehen, das Herz zu erfassen und so lange festzuhalten, bis es ihm gelang, die erste Naht am oberen Winkel der Herzwunde anzulegen. Am Faden der ersten Herznaht ziehend, gelang es, das Herz bis dicht an die Oeffnung im Herzbeutel heranzuziehen. Solange der Faden stramm angezogen blieb, waren die Herzkontraktionen seltener. Unter Zuhilfenahme dieses Umstandes konnte die Naht der Herzwunde bis zu Ende geführt werden. Die Blutung sistirte nach Anlegung der Naht vollkommen, und die Herzkontraktionen nahmen bald ihr regelmässiges Tempo wieder an. Nunmehr wurden auf die Wunde des Herzbeutels drei Nähte angelegt. — Verband. — Postoperatorischer Verlauf günstig. Fünf Wochen nach dem Unfall war der Verletzte vollkommen hergestellt. Die Herzaktion war vollständig normal, die Pulszahl betrug 80 bis 82 in der Minute.

Der überaus günstige Ausgang des Falles ist um so höher anzuschlagen, als die Verletzung des Herzens mit einer solchen des rechten Pleurasacks und Lufteintritt in denselben verbunden war. Lb.

Ueber Stauungsblutungen nach Rumpfkompressionen.

Aus dem Krankenhause Bergmannstrost in Halle a. S. (Prof. Dr. Oberst) und dem Stadtkrankenhaus zu Chemnitz (Oberarzt Dr. Reichel).

Von Dr. Neck.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie B. 57, Heft 1 und 2. 1900.

N. bereichert die Kasuistik des von Perthes zuerst beschriebenen Krankheitsbildes um zwei weitere Fälle. Im ersteren waren zu den Blutaustritten in die Gesichts- und Schädelhaut, die Konjunktiven u. s. w. noch solche in das Innere des Augapfels erfolgt, die zu erheblichen Sehstörungen geführt hatten. Meistens wurden letztere bekanntlich durch retrobulbäre Blutergüsse und Druck auf den Sehnerv verursacht.

Der zweite Fall zeichnete sich durch grosse Ausdehnung der Blutextravasate aus; es war ausser dem Kopf noch die Vorder- und Rückseite des Brustkorbes befallen. Theoretisch ist eine Betheiligung aller von der Vena cava superior versorgten Theile denkbar. Nhs.

Zur Kasuistik der subkutanen Darmverletzungen.

Von Stabsarzt Dr. Kirstein.

Aus der Königl. Universitätsklinik zu Königsberg (Prof. Dr. Freiherr von Eiselsberg).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 57, Heft 1 und 2. 1900.)

Ein 21 Jahre alter Mann war 2 m hoch von einer Leiter gefallen und mit dem Bauch auf eine hölzerne Barriere aufgeschlagen; er wurde sofort zur Klinik verbracht. Es bestand Erbrechen, Aufgetriebensein des Leibes, grosse Druckempfindlichkeit und bretthharte Spannung des Abdomens. Wegen Verdacht auf Darmverletzung wurde sofort laparotomirt und zwei Löcher im Dünndarm vernäht. Der durch die Perforationen ausgetretene Koth wurde durch reichliche Spülung mit Kochsalzlösung (20 Liter) entfernt und die Darmschlingen gesäubert. Trotz anfänglich bedrohlicher Erscheinungen trat Heilung ein.

Von grosser Wichtigkeit ist in solchen Fällen die möglichst frühzeitige Erkennung der Darmverletzung; hier ist auf Druckempfindlichkeit des Bauches und besonders auf bretthharte Spannung der Muskeln der grösste Werth zu legen. Je früher operirt wird, desto besser sind die Resultate. Bis jetzt wurden einschliesslich der Spätoperirten 45 Prozent Heilungen erzielt

Die im Eingang des Aufsatzes vertretene Ansicht, dass bei Bauchverletzungen „eine bereits bestehende Wunde ohne Weiteres zur Untersuchung ihrer Tieferwirkung auffordere“, dürfte nicht bei allen Chirurgen Anklang finden. Nhs.

Innere Medizin.

Ueber die Beziehungen von traumatischen Einflüssen zur Entstehung von Gelenkrheumatismus und über den pyogenen Ursprung desselben.

Von Philipp Kissinger.

(Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge, No. 281. Leipzig. Verlag von Breitkopf und Härtel. 1900.

In jüngster Zeit hat sich im Anschluss an eine Mittheilung von Müller aus dem Wagner'schen Knappschaftslazareth in Königshütte eine Reihe von Arbeiten mit dem „traumatischen Gelenkrheumatismus“ beschäftigt. Verfasser bringt ein zusammenfassendes Referat über diese Frage, wobei er auch ausführlich auf die Aetiologie des Gelenkrheumatismus, insbesondere auf die bekannten Untersuchungen über die Bedeutung der Eiterkokken als Erreger dieser Krankheitsgruppe eingeht. Woher die Infektionserreger in denjenigen Fällen, in denen keine offene Verletzung durch das Trauma hervorgerufen wurde, stammen, ist unbekannt; Verfasser erinnert an die „kryptogenetische Septicopyämie“ Leube's.

Von den drei eigenen Beobachtungen des Verfassers seien zwei hier kurz wiedergegeben:

8jähriger Knabe, früher angeblich immer gesund, fiel am 8. 11. auf das linke Kniegelenk. Er ging noch etwas umher, hatte aber Schmerzen, die in der Nacht stärker wurden. Wahrscheinlich schon am nächsten Nachmittag, sicher am 10. 11. Fieber; deutliche schmerzhafte Schwellung des linken Kniegelenks; am 12. 11. weiteres Fieber, jetzt auch Schwellung des rechten Kniegelenks und beider Fussgelenke. Unter Salicylbehandlung Besserung; nach einem Recidiv vollständige Heilung.

40jähriger Häuer; Weichtheilwunde am linken Handrücken mit Zerreissung der Strecksehnen des vierten und fünften Fingers; Eröffnung mehrerer Handwurzelgelenke. Reinigung der stark beschmutzten Wunde, Sehnennaht. Zunächst

Eiterung und Schwellung in der Umgebung der Wunde; etwa nach fünf Wochen ist die Heilung vollendet. Nach weiteren 13 Tagen Schmerzen im Handrücken und im rechten Kniegelenk mit Schwellung; leichtes Fieber. Unter Salicylbehandlung allmälige Heilung.

Nach Ansicht des Referenten dürfte jedenfalls noch weiteres Beobachtungsmaterial nothwendig sein, um die Annahme einer traumatischen Entstehung des Gelenkrheumatismus in derartigen Fällen zu stützen. R. Stern.

Ueber einen eigenthümlichen Fall traumatischer adhaesiver Peritonitis (Perihepatitis).

Von Dr. F. Franke-Braunschweig.
(Monatschr. f. Unfallheilk. 1900. No. 11.)

Eine 26jährige Dame klagte über Schmerzen in der Lebergegend, welche plötzlich unter Erbrechen, jedoch ohne Fieber entstanden waren. Die Untersuchung ergab ausser einer festen, wenig empfindlichen Ausschwitzung in der Umgebung der Gebärmutter keinen rechten objektiven Befundi Als keine konservative Behandlung half, wurde ein blutiger Eingriff vorgeschlagen und angenommen. Dieser ergab einzig und allein an der Leber etwas Bemerkenswerthes. Dieselbe verschob sich nämlich während der Athmung nicht gegen den Rippenbogen, und als Ursache dieser Abweichung wurde eine Verwachsung der vorderen Leberfläche mit dem gegenüberliegenden Bauchfell ermittelt. Die Verwachsungen waren ziemlich frisch und liessen sich leicht lösen. Nach ihrer Lösung bewegte die Leber sich völlig frei. Es wurde bei der Nachbehandlung eindringlich darauf gehalten, dass die Kranke trotz erheblicher Schmerzen immer gut durchathmete. Allmählich trat vollständige Heilung ein.

Wie war nun diese merkwürdige Verletzung entstanden. Mit Sicherheit objektiv festgestellt wurde ein schädliches Moment: die Schnürung. Das Korsett der Betreffenden war auf 50 cm eingestellt. Das allein genügt jedoch nicht, um die Entzündung des Leberbauchfelles zu erklären. Es muss noch ein zweites hinzukommen. Thatsächlich hat die Kranke nicht lange vor ihrer jetzigen Erkrankung eine Verletzung erlitten. Sie ist vom Rade auf die linke Schulter gefallen und hat in dieser eine Zeit lang Schmerzen empfunden. Sie könnte bei dieser Gelegenheit wohl eine kleine Verletzung der Leber erlitten haben. Es fragt sich weiter, ob eine derartige Verletzung genügen würde, eine umschriebene Entzündung des Leberbauchfelles hervorzurufen. Im Allgemeinen ist das nicht sehr wahrscheinlich, weil die Athembewegungen es an der Leber selten zu ausgedehnteren Verwachsungen kommen lassen. Anders im vorliegenden Falle. Hier war die Leber sowohl während des Unfalles als nachher durch die starke Schnürung eingeengt und festgehalten. Es ist der Kranken sogar zuzutrauen, dass sie selbst nachts das Corsett nicht abgelegt hat. Es ist also in diesem Falle nicht unwahrscheinlich, dass bei dem Sturz zunächst einmal durch die Einbiegung des Rippenbogens die Leber gequetscht und an irgend einer Stelle eingerissen wurde, und dass sich dann von dem Riss aus die Entzündung entwickelt hat.

Ein Fall von Ulcus ventriculi traumaticum.

Von Oberarzt Dr. Jessen-Hamburg.
(Monatschr. f. Unfallheilk. 1900. No. 8.)

Ein bisher völlig gesunder 30jähriger Mann fuhr mit seinem Fahrrad gegen einen Baumstamm und prallte dabei mit der Magengegend gegen die Lenkstange. Die verletzte Stelle schmerzte, und ein Gefühl von Vollsein stellte sich ein. Nach 36 Stunden wurden grosse Mengen zum Theil zersetzten Blutes ausgebrochen. Rechts neben der Mittellinie fand sich eine auf Druck schmerzhafte Stelle, ohne dass sich die Blutung wiederholte, blieb der Druckschmerz noch drei Wochen bestehen.

J. weist zur Begründung der Diagnose Magengeschwür einmal darauf hin, dass die Blutung nicht unmittelbar nach der Verletzung auftrat, also nicht aus einem einfachen Schleimhautriss erfolgte, andererseits aber auch auf die lange Dauer der Druckschmerzhaftigkeit, welche wohl nur durch eine Geschwürbildung erklärlich ist.

Vergiftungen.

Mittheilung über einen Fall von Tetanie nach Intoxikation.

Von F. Dammer-Jena.
(Münch. mediz. Woch. 1900. No. 46.)

Eine Frau, die schon einmal eine Bandwurmkur mit Wurmfarrenextrakt durchgemacht hatte, ohne Nachtheile davon zu verspüren, wurde mehrere Jahre später einer zweiten ebensolchen Kur unterworfen. Sie bekam im Ganzen 8 Gramm Extractum filicis aethereum und $^{8}/_{10}$ Gramm Calomel. Der Wurm ging prompt ab. Bald darauf aber empfand die Frau ein eigenthümliches Kribbeln, dass sich von den Oberarmen durch den ganzen Körper fortpflanzte. Eine ganz kurze Bewusstlosigkeit folgte. Nach dem Erwachen nahm die Frau eine Steifheit der Gliedmassen wahr. Gleichzeitig konnte sie nichts deutlich erkennen, hatte Ohrensausen und starken Schweissausbruch. Am selben Tage hatte sie noch zwei ähnliche Anfälle, am nächsten Tage einen weiteren, der durchaus die Kennzeichen der Tetanie darbot. Auch das Choostek'sche Zeichen (Zuckungen im Gesicht nach kräftigem Ueberstreichen desselben) war vorhanden, und der Anfall liess sich durch Druck auf die grosse Halsschlagader, nach Trousseau, leicht auslösen. Die Anfälle wurden im Laufe der nächsten Woche seltener und waren nach drei Wochen verschwunden.

Es fragt sich, auf welcher Ursache diese vorübergehende Tetanie beruht hat. Dass die Krankheit sich mit Vorliebe auf der Grundlage von Magen- und Darmstörungen entwickelt, ist bekannt. Solche Störungen bestanden aber garnicht. Auch durch Bandwürmer kann Tetanie hervorgerufen werden. Sie stellt sich dann aber nicht erst ein, wenn der Bandwurm fort ist. Als Theilerscheinung der Calomelvergiftung ist sie nie beschrieben. Es bleibt also nur der Wurmfarrenextrakt als Krankheitsursache übrig, und thatsächlich fehlt es nicht an Beobachtungen tetanie-ähnlicher Erscheinungen bei Wurmfarrenvergiftung. Nur fehlt bei allen früheren Fällen jede Andeutung, ob die für Tetanie kennzeichnenden Prüfungen angestellt worden sind. Der Dammer'sche scheint in dieser Richtung eine Ergänzung unserer Kenntnisse über die Tetanie und über die Wurmfarrenvergiftung zu bedeuten.

Ueber einen Fall von Formalinvergiftung.

Von Dr. Ludwig Zorn-München.
(Münch. mediz. Woch. 1900. No. 46.)

Ein 44jähriger Dienstmann wurde in schlechtem Allgemeinzustand, aber bei vollem Bewusstsein in die Münchener medizinische Klinik eingeliefert. Er hatte ungefähr 15 ccm einer Flüssigkeit getrunken, die er nach dem Geruch für Hoffmannstropfen gehalten hatte. Durch den scharfen Geschmack bekehrt, hatte er Milch nachgetrunken und erbrochen. Er war bei normaler Körperwärme, hatte kühle bläuliche Lippen, Hände und Füsse, schnellen Puls und schnelle Athmung, würgte und brach viel. Beim Aufstehen wurde er schwindlig, die Blase blieb 24 Stunden leer. Sechsmal erfolgte in dieser Zeit unter heftigem Drängen Stuhlgang von dunkelbraunrother

Farbe und syrupartiger Beschaffenheit, der viel Schleim, aber kein Blut, mikroskopisch u. A. Charcot-Leyden'sche Krystalle enthielt. Der spärliche Harn, der am nächsten Tage entleert wurde, war eiweisshaltig und liess zahlreiche Cylinder, spärliche Nierenzellen erkennen. Der Heilungsverlauf dauerte im Ganzen eine Woche.

Der Rest der Flüssigkeit, von der der Mann getrunken hatte, roch stark nach Formalin, hinterliess beim Verdampfen einen weissen Rückstand (Paraformaldehyd), färbte ammoniakalische Silberlösung schwarz und gab, mit Ammoniak behandelt, beim Verdunsten einen weissen krystallinischen Rückstand (Hexamethylentetramin), aus dem durch Säure wieder Formalin abgespalten wurde. Es handelte sich also um eine Formaldehydlösung und zwar wahrscheinlich um die vierzigprozentige, die im Handel als Formalin bezeichnet wird.

Es ist sehr interessant, wie verschieden dieser Fall sich in seinem Verlauf von dem durch Klüber beschriebenen gestaltet hat. Wären nicht die Nierenstörungen einander ähnlich — man würde kaum begreifen, dass es sich um ein und dieselbe Vergiftung handele.

Ohren.

Die Thrombophlebitis des oberen Längsblutleiters nach Entzündung der Stirnhöhlenschleimhaut.

Von Prof. Dr. G. Killian-Freiburg i. Br.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Bd., 4. Heft.)

Nach einer kurzen Besprechung der anatomischen Beziehungen des grossen Längsblutleiters zu den venösen Bahnen der Stirnhöhlen giebt Verf. eine Zusammenstellung von 5 in der Litteratur vorgefundenen Fällen von entzündlicher Verstopfung des Sinus longitudinalis superior im Anschluss an Stirnhöhleneiterung und kommt nach einer kritischen Beleuchtung der in den einzelnen Fällen beobachteten Symptome zu dem Ergebniss, dass von einer — meist chronischen — eitrigen Entzündung der Stirnhöhlenschleimhaut in der That eine Thrombophlebitis des oberen Längsblutleiters ursächlich ihren Ausgang nehmen kann. Eine Symptomatologie dieser Thrombophlebitis lässt sich aus den vorliegenden 5 Krankheitsberichten nur sehr mangelhaft aufstellen, da sie einen zu fragmentarischen Charakter haben. So viel aber ist zu sagen, dass die auf den Sin. longit. sup. beschränkte Entzündung keine schweren Hirnsymptome macht, ohne indessen gänzlich symptomlos zu verlaufen. Jedenfalls muss dem Verf. vom Standpunkte des ärztlichen Sachverständigen darin beigestimmt werden, dass es wünschenswerth ist, bei allen Sektionen von Personen, die an intrakraniellen Komplikationen nach Sinuitis frontalis gestorben sind, die oberen Längsblutleiter genau zu untersuchen. Richard Müller.

Ein Cholesteatoma verum in der hinteren Schädelgrube, durch eine akute Mittelohreiterung infizirt und vereitert Operation. Heilung.

Von Prof. Dr. O. Körner-Rostock.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXVII. Bd., 4. Heft.)

Die langsame Entwickelung der Geschwulst und die damit einhergehenden, seit Jahren auftretenden heftigen Kopfschmerzen machen den Fall auch für den ärztlichen Sachverständigen hochinteressant.

Es handelte sich bei der Operation um ein doppelt hühnereigrosses Cholesteatom in der hinteren Schädelgrube zwischen der knöchernen Schädelwand und der Dura der Kleinhirnhemisphäre sowie des Hinterhauptlappens; die Geschwulst erstreckte sich vom Felsenbein bis fast zum Torcular Herophili. Bedenklichere Erscheinungen fing der Tumor erst an zu machen, als eine linksseitige Mittelohreiterung in Folge von Influenza hinzugetreten war und ihn durch die lufthaltigen Nebenräume der Paukenhöhle hindurch, die der wachsende Tumor durch Knochenusur bereits erreicht hatte, infizirte. So war aus der zunächst nur durch ihre Druckwirkung schädlichen Geschwulst ein das Hirn und damit das Leben gefährdender Eiterheerd geworden, dessen operative Beseitigung dem Patienten das Leben rettete. R. M.

Aus Vereinen und Versammlungen.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen vom 16. bis 22. September.

Abtheilung Neurologie und Psychiatrie.
(Neurol. Centr.)

Erlenmeyer-Beudorf. Ueber die Bedeutung der Arbeit in der Behandlung von Nervenkrankheiten.

Dass Geisteskranke — also die Insassen der geschlossenen Anstalten, — durch Beschäftigung günstig beeinflusst werden, ist seit Jahrzehnten bekannt. Möbius hat die Anregung dazu gegeben, die Arbeits-Behandlung auf „Nervenkranke", also die im engeren Sinne Nervenleidenden und die leicht Gemüthskranken oder Verstimmten, auszudehnen. Vortragender hat bei rein Nervenkranken keine günstigen Erfolge von der Arbeitsbehandlung gesehen, die gleiche Erfahrung haben Rieger und Monnier gemacht, Möbius selbst hat weder eigene noch fremde Erfahrungen zu Gunsten seiner Ansicht beigebracht.

Die Neurasthenischen, Erschöpften vertragen die Arbeit nicht; Nervöse müssen anfangs ruhen, dann aber wirkt die Arbeitsbehandlung günstig. Hysterische können arbeiten, aber die Krankheit wird dadurch nicht beeinflusst. Bei Epilepsie, Migräne u. dergl. wirkt in der anfallsfreien Zeit die Arbeit kräftigend, aber nicht spezifisch. Bei manchen Leiden des Hirns und des Rückenmarks können einzelne Störungen durch Arbeit beseitigt werden.

Sänger-Hamburg richtet an den Vortragenden die naheliegende Frage, wie es sich denn mit Unfallnervenkranken verhalte. Er habe bei diesen, auch bei Neurasthenikern, gute Erfolge von der Arbeit gesehen.

Gilbert-Baden betont, dass die durch Nichtsthun neurasthenisch Gewordenen durch Arbeit günstig beeinflusst werden.

Erlenmeyer ist bei Unfallkranken zu keiner sicheren Anzeige für Arbeitsbehandlung gekommen. Sicher sei, dass Leute, die an schwere Arbeit gewöhnt sind, von ihr günstiger beeinflusst werden, als die Angehörigen der wohlhabenderen Stände. Auf die Gemüthsverstimmung wirke die Arbeit günstig, daraus erkläre sich ihr Erfolg bei sonst verschiedenen Krankheitsformen.

Edinger-Frankfurt. Ueber die Lokalisation des Kopfschmerzes.

Selten, mit Ausnahme echter Neuralgieen, hat der Schmerz seinen Sitz in der Kopfhaut, häufig in der Sehnenhaut und ihren Muskeln (Massagebehandlung). Knochenschmerzen sind nicht häufig. Bei $^2/_5$ aller Fälle ist die Ursache des Schmerzes im Schädelinnern zu suchen. Gowers und Möbius behaupten neuerdings wieder, dass vom Gehirn selbst aus schmerzhafte Empfindungen nach dem Kopf verlegt werden können. Das ist falsch, denn es giebt im Gehirn keine Stelle, deren Erkrankung eine so begrenzte Schmerzempfindung auslösen könnte. In den Fällen, die M. und G. meinen, liegt die Störung wahrscheinlich in den Gefäss-Gefässen oder Nerven der Hirnhaut.

Sänger unterstützt die Kopfmassage durch Salicylpräparate und lässt bei kahlem Kopf Perrücke tragen.

Lilienstein meint, die Kopfschmerzen aus blosser Ueberempfindlichkeit der Kopfhaut seien doch nicht so selten.

Edinger erklärt auf Anfrage Sängers, er halte, so häufig auch Hysterische Kopfschmerzen haben, das Vorkommen rein hysterischen Kopfschmerzes nicht für erwiesen. Meist scheine Ueberempfindlichkeit vorzuliegen.

Gilbert-Baden-Baden: Ein weiterer Fall von Pseudotabes mercurialis.

Leyden hat 1893 eine auf chronischer Quellsilbervergiftung beruhende, der Rückenmarksschwindsucht ähnelnde Nervenentzündung beschrieben. G. hat über einen gleichen Fall zu berichten. Ein Offizier, der 1890 bis 1896 wegen Syphilis zahlreiche Quecksilberkuren durchgemacht hatte, zeigte Erscheinungen von Tabes. Sofort wurde eine energische Schmierkur eingeleitet, die aber nur eine wesentliche Verschlimmerung zur Folge hatte.

Als Vortragender den Kranken sah, hatte dieser rechts keinen, links etwas verstärkten Kniereflex, keine Achillesreflexe, Rombergsches Zeichen, Ataxie, Störungen der Tast- und Temperaturempfindung, an den Beinen Druckschmerz, am Schenkelnerv, gestörte Blasenthätigkeit, aber freie Pupillen. Unter kräftigender Allgemeinbehandlung genas der Kranke völlig.

Lilienstein-Nauheim. Ueber Herz-Neurosen.

Der Name Herz-Neurosen kommt nur den selbständig, ohne Verbindung mit Herz- oder anderen Nervenkrankheiten auftretenden Störungen zu. Diese sind jedoch häufig. Sie kennzeichnen sich durch Aetiologie, durch die Ausbreitung der Schmerzen über den ganzen Körper, durch Fehlen aller Stauungserscheinungen, oft genug durch Mangel an objektiven Erscheinungen überhaupt.

Nervöse Herzschwäche, lautet die Diagnose des Verfassers in einem Fall, in dem eine Frau nach einer Fehlgeburt erst Monate lang allgemein nervöse Erscheinungen, dann anfallsweise heftiges Beklemmungsgefühl, wühlenden Schmerz in der Herzgegend hatte. Von allen Mitteln wirkte nur Baldrian etwas erleichternd. Nach einigen Monaten hörten die Anfälle von selbst auf.

Als „Pseudoangina“ wird die Krankheit eines Schlossers bezeichnet, der, früher schon „magenleidend“, nach einer Brustquetschung ein halbes Jahr an „Asthma“ gelitten hatte. Seit dieser Zeit bekam er schon nach geringer Aufregung — vorher nur nach grosser Anstrengung — Anfälle, die denen der Angina pectoris glichen.

Landerer. Zur Verminderung der Todesfälle durch status epilepticus. Vortragender empfiehlt, gehäufte Anfälle durch starke Dosen von Chloralhydrat zu coupiren und selbst bei aussichtslosen Fällen die Brombehandlung zu versuchen.

Sänger-Hamburg: Neuere Erfahrungen über Nervenerkrankungen nach Eisenbahnunfällen.

Von 13 Personen, die die Eisenbahnentgleisung zu Eschede 1897 mit durchgemacht haben, sind 6 beschwerdefrei, 4 haben leichte neurasthenische Erscheinungen, 2 Knaben angeblich seitdem schlechtere Auffassungsgabe (von einem Verunglückten fehlen die Nachrichten). Von 15 beim Eisenbahnunglück zu Hamburg 1899 schwerverletzten Soldaten ist nur einer leicht nervös erkrankt.

Dagegen haben 3 Bahnangestellte, die bei einem leichten Unfall nicht schwer verletzt wurden, deutliche hysterische Erscheinungen, ein Weichensteller wurde lediglich durch Angst ohne Unfall schwer neurasthenisch, ein Bremser durch den Dienst.

Das Bild der Oppenheim'schen traumatischen Neurose hat sich bei keinem Verunglückten entwickelt, von denen von Eschede ist keiner arbeitsunfähig geworden.

Höchstens 6 Personen hatten eine Gehirnerschütterung, etwa ebensoviel einen heftigen Schrecken erlitten.

Bedeutsam ist der Unterschied in der Schwere der Erkrankung zwischen Privatpersonen und Bahnangestellten. Bei letzteren schaffen der schwere Dienst, die stete Verantwortlichkeit, zum Theil auch noch Alkohol, Tabak und schlechte Ernährung zu schweren Nervenkrankheiten. Der Kampf um die Rente begünstigt die Hartnäckigkeit der Erkrankung.

Im Ganzen sollte man bei der Rolle, die die Individualität des Verletzten spielt, den einzelnen Fall bei der Beurtheilung mehr berücksichtigen.

Aerzteverein Hamburg.

Sitzung am 16. Oktober 1900.

Herr **Sänger** wiederholt seinen bei der Naturforscherversammlung zu Aachen gehaltenen Vortrag (s. o.). Wir geben Folgendes aus der hieran anschliessenden Diskussion wieder.

Herr Einstein hat, um die Häufigkeit der Unfallneurose festzustellen, 5276 Unfälle, die innerhalb von 4 Jahren bei der Speditions-Berufsgenossenschaft angemeldet waren, durchgesehen und kam zu dem Resultat, dass nur 7 pro Mille auf Grund von Unfallneurose Anspruch erhoben. Das Vorkommen der Unfallneurose ist also bei seinem Material verhältnismässig selten.

Die sogenannten objektiven Symptome bieten keine sichere Grundlage für die Beurtheilung; in schweren Fällen wurden sie manchmal ganz vermisst. Für das aetiologisch wichtigste Moment hält er die Thatsache, dass der Unfall eine „Rente“ bedingt. Daher kommt es wohl, dass auch in den Sänger'schen Fällen die Angestellten, d. h. die wirthschaftlich Schwächeren, intensivere Folgen gezeigt haben, als die mitverletzten, meist gut situirten Passagiere I. und II. Klasse. E. empfiehlt dringend, wo irgend möglich, durch Kapitalabfindung zu entschädigen, und betont zum Schlusse die Wichtigkeit der Prophylaxe der Unfallneurosen, deren Durchführung hauptsächlich Aufgabe des zuerst behandelnden Arztes ist.

(Autorreferat.)

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. November 1900.

Originalbericht
der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Vor der Tagesordnung stellt Herr **Jolly** einen Fall von Peroneuslähmung nach Gelenkrheumatismus mit nachfolgender Chorea minor vor.

Ein 16jähriger Mensch, der seit drei Jahren wiederholt Anfälle von Gelenkrheumatismus mit Endocarditis gehabt hatte, erkrankte im Januar d. J. wieder an einem solchen. Nach Ablauf der Gelenkaffektion setzte Anfang März eine schwere Chorea minor ein gleichzeitig mit erneuter Gelenkerkrankung. In der choreatischen Erregung zog er sich eine Reihe von Verletzungen zu. Von einer Zeigefingerverwundung ging eine Phlegmone am rechten Arm aus, welche zu einer ausgedehnten Abscedirung am ganzen Körper mit späterer Narbenbildung führte. Erst nach längerer Zeit war Alles abgelaufen. Man sieht ausgedehnte Narben auf dem Arm, Rücken und Kreuzbein, ferner eine Reihe von quer verlaufenden Streifen an der Rückseite beider Beine, ähnlich den Schwangerschaftsnarben, welche rechts ziemlich nahe an der Peroneusgegend verlaufen. Nach dem Aufstehen wurde eine rechtsseitige Peroneuslähmung beobachtet. Es ist eine ausgesprochene degenerative Lähmung des rechten Peroneus vorhanden, wie sie nach Chorea nur vereinzelt vorkämen. J. nimmt hier als Ursache die starke Ausdehnung der Haut durch die Schwel-

lung im rechten Kniegelenk vielleicht unter Milhilfe von Insulten an, die sich der Kranke während der choreatischen Erregung zugezogen hat. Die starke, durch die Striae angezeigte Schwellung mit Hautausdehnung könnte einen direkten Druck auf den Nerven ausgeübt haben, oder es könnten sich von ihnen aus entzündliche Prozesse auf ihn verbreitet haben.

Tagesordnung.

1. Herr **Seiffer** stellt **zwei Fälle von Paralysis agitans mit Symptomen von Tabes dorsalis** vor, welche schon einmal in dieser Gesellschaft demonstrirt worden sind, der eine vor neun Jahren von Placzek, der andere vor drei Jahren von Weil. Die tabischen Erscheinungen sind inzwischen nicht vorgeschritten. In dem zweiten Fall wäre das Vorhandensein von Tabes höchst zweifelhaft und die einzigen dafür sprechenden Symptome: Pupillenstarre und das Westphal'sche Phänomen durch eine Sympathicusaffektion resp. Muskelrigidität zu erklären. Vortr. bespricht ausser diesen beiden Fällen vier ähnliche, die in der Literatur beschrieben sind. Er fand bei einer Durchsicht des Krankengeschichtenmaterials der Nervenklinik keine solchen Fälle, wohl aber Pupillen- und andere Störungen am Auge bei Paralysis agitans, mehrfach auch sensible und andere Störungen tabischen Charakters. Wenn daher schon klinisch die P. a. nicht mehr als eine Affektion der motorischen Elemente allein betrachtet werden könne, müsse man bei Berücksichtigung der freilich noch zweifelhaften anatomischen Befunde (perivasculäre Sklerosen, besonders der Hinter-, dann auch der Seitenstränge) zu derselben Ansicht kommen.

Vortr. fasst seine Ausführungen in folgenden Punkten zusammen:

I. Es giebt offenbar, wenn auch selten, Fälle, wo beide Krankheiten, P. a. und Tabes, gleich vollständig ausgeprägt sind, so dass an der Diagnose kein Zweifel ist. Bei ihnen sind die tabischen Symptome den Parkinson'schen längere Zeit, theils Jahre lang, vorausgegangen.

II. Fälle, wo die Tabes völlig ausgebildet, P. a. nur angedeutet ist.

III. Umgekehrt Fälle, wo nur tabesartige Symptome angedeutet, eine richtige Tabes aber nicht diagnostizirbar.

IV. Bei der relativen Häufigkeit des reinen Vorkommens der Tabes einerseits, der P. a. andererseits, verglichen mit der Seltenheit der erwähnten Kombinationen, muss man eben diese Kombination vorläufig als zufällige Erscheinungen bezeichnen. Indessen ist ein Zusammenhang doch so denkbar, dass die Läsionen des Centralorgans, welche die bisher als typisch angesehenen klinischen Symptome der P. a. bedingen, auch einmal tabesähnliche Symptome hervorrufen können.

2. Herr **Bernhardt: Krankenvorstellung.**

B. demonstrirt ein 19jähriges Mädchen, welches als Rest einer im zweiten Lebensjahr eingetretenen spinalen Kinderlähmung eine Lähmung in beiden oberen Extremitäten zurückbehalten hat. Vorwiegend erweist sich das Gebiet des Medianus und Ulnaris als affizirt geblieben. Es besteht eine Abmagerung der Volarseiten der Vorderarme und an den Daumen- und Kleinfingerballen. Die Finger stehen in Klauenstellung. Die Bewegungsfähigkeit der Hände ist stark beeinträchtigt, rechts mehr als links. Die atrophische Muskulatur zeigt Entartungsreaktion. Die Doppelseitigkeit der Lähmung an beiden oberen Extremitäten käme selten vor, noch seltener dabei das Fehlen von oculopupillären Symptomen, da in der Gegend des unteren Halsmarks, von der die N. medianus und ulnaris entsprängen, auch das Centrum ciliospinale liege. Trotz der Unvollkommenheit der Handbewegungen kann das Mädchen sowohl mit der linken Hand Spiegelschrift wie durch gleichzeitigen Gebrauch beider Hände gewöhnliche Schrift schreiben.

Diskussion.

Herr Weber hat einen ähnlichen Fall beobachtet, bei welchem die spinale Kinderlähmung im fünften Jahr aufgetreten war und Zwergwuchs zur Folge hatte. Das 12jährige Mädchen machte den Eindruck eines 8jährigen Kindes. Die Lähmungen betrafen ausser beiden Peronei und einigen Muskeln der unteren Extremitäten und der Schultern ebenfalls die Unterarme, das Medianus- und Ulnarisgebiet. Die Extremitäten waren zum Theil verkürzt. Kleinfinger- und Daumenmuskulatur waren gelähmt und wiesen Entartungsreaktion auf. Trotz der atrophischen Lähmungen in den Handmuskeln ist das Mädchen ausserordentlich geschickt.

3. Herr **Henneberg: Ein Fall von Thrombose der Arteria basilaris.**

H. demonstrirt ein Gehirnpräparat, welches von einer 25jährigen Kellnerin stammt. Dieselbe hatte 1897 Syphilis acquirirt, klagte viel über Kopfschmerz, Blutandrang und litt an Zuständen rasch vorübergehender Bewusstseinstrübungen, einmal mit Sprachstörung. Wiederholte antisyphilitische Kuren waren ohne Erfolg geblieben. Am 23. Oktober kam sie bewusstlos in der Charité zur Aufnahme. Sie hatte eine auffallende spastische Starre der gesammten Muskulatur an den vier Extremitäten, während keine Nackensteifigkeit bestand. Die Bulbi machten oscillirende Bewegungen, die Pupillen waren mittelweit und reaktionslos, die Kniereflexe lebhaft, die Athmung schnarchend. In der rechten Inguinalgegend waren ausgedehnte Narben, an der rechten Schulter ein gummöses Syphilid vorhanden. Die Lumbalpunktion ergab schwache pulsatorische Schwankungen. Unter Schwinden der Muskelstarre und starker Temperatursteigerung trat der Tod nach 48stündiger Beobachtung ein. Die Sektion ergab als alleiniger Hirnbefund eine erbsengrosse gelbliche Geschwulst an der Arteria basilaris, welche zweifellos eine primäre gummöse Erkrankung darstellte und von welcher aus sich eine Thrombose eine Strecke weit in die beiden Art. prof. und cerebelli sup. fortsetze. Während diese einzige syphilitische Veränderung im Gehirn von Interesse wäre, sei das Fehlen von Erweichungsherden bei der akuten Arterienthrombose nichts ungewöhnliches. Das Auftreten von epileptischen Zufällen komme in allen Fällen, wo der Blutzufluss des Hirns leide, vor. In diesem Fall habe die Athmung nicht beim Aufrichten der Kranken aufgehört, wie es Pichler bei akuter basaler Thrombose beschrieben habe.

H. hält diese Lumbalpunktion zur Unterstützung der Diagnose auf Basilarthrombose für geeignet, indem eine erhebliche Herabsetzung der pulsatorischen Schwankungen wie in einem Falle von Krönig mit Aneurysma der Basilararterie in einzelnen Fällen ein solche Diagnose nahe legen könnte.

Diskussion.

Herr Oppenheim hat unter einigen Fällen von Thrombose der Basilararterie einen ganz ähnlichen in Erinnerung. Ein in den Dreissigern befindlicher Mann, der Lues gehabt hatte und seitdem über Kopfschmerzen klagte, starb unter dem Bilde einer Ponsaffektion mit Lähmungen aller vier Extremitäten. Bei der Sektion fand sich als einziger syphilitischer Befund im Gehirn eine Erkrankung der Arteria basilaris mit Thrombose. Mikroskopisch konnte auch eine Erweichung festgestellt werden. Die Beobachtung von Pichler bezöge sich auf Fälle mit Aneurysmen der Arteria basilaris. O. stimmt darin nicht mit dem Vortr. überein, dass die Lumbalpunktion die Diagnose der Basilarthrombose zu stützen vermöge. In dem Fall von Krönig wäre das Aneurysma nach der Lumbalpunktion geplatzt und der Tod eingetreten. Er hält es für bedenklich, zur Stellung der Diagnose dabei die Lumbalpunktion zu machen.

Herr Rotmann hat bei Einstichen in der Höhe der Pyramidenkreuzung an Thieren einmal in Folge abnormen Gefässverlaufs die eine Hälfte der Basilararterie angestochen, ohne dass es nach Stehen der Blutung zu einer ernsteren Schädigung resp. Erweichung gekommen wäre.

Herr Henneberg erwidert Herrn Oppenheim, dass aus der Veröffentlichung von Krönig nicht der Tod des Patienten in Folge Berstung des Aneurymas hervorgehe. Bei seinen Lumbalpunktionen hat H. nie ernstere Zufälle gesehen, hält dieselben daher bei vorsichtigem Vorgehen und langsamem Ablassen einer nur kleinen Quantität des Liquor cerebrospinalis für nicht gefährlich. Bei bewusstlosen Kranken, bei denen es sich um eine Ventrikel- oder Meningealblutung handeln könnte, sei durch die Lumbalpunktion in therapeutischer Hinsicht eine Begünstigung der Blutresorption und somit eine Lebensrettung denkbar. In dem Fall Pichler handle es sich um eine Thrombose der Basilaris im Anschluss an eine aneurysmatische Erweiterung. M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Ein Bruch als Betriebsunfall.

Rek.-Entsch. vom 18. Oktober 1900.

Der Brauer A. war vom Schiedsgericht mit seinem Rentenanspruch für einen Bruch abgewiesen worden. Gegen diese Entscheidung legte A. Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein mit dem Antrage, eine ihm günstige Entscheidung zu treffen. Er bat um eidliche Vernehmung der bereits gehörten Zeugen und behauptete, dass es sich um eine ausserordentlich schwere Arbeit gehandelt habe, als der Bruchaustritt erfolgt sei. Beim Aufstürzen des 20 hl fassenden leeren Fasses sei dies, da es mit dem oberen Rande an die Wand angeprallt sei, zurückgefallen. Die anderen Braugehilfen hätten das Fass plötzlich losgelassen und er sei durch die Wucht des Anpralls und die Schwere des von ihm allein gehaltenen Fasses zu Boden gedrückt worden. Auch habe er vor dem angeblichen Unfalle nie die geringsten Beschwerden gehabt und es sei auch während seiner Militärdienstzeit niemals von den ihn untersuchenden Aerzten eine Bruchanlage festgestellt worden. Das Reichs-Versicherungsamt hob auch die Vorentscheidung auf und sprach dem Kläger A. aus folgenden Gründen eine Rente zu: Das Rekursgericht hat schon auf Grund des vorhandenen Aktenmaterials die Ueberzeugung erlangt, dass es sich im vorliegenden Falle um einen plötzlich entstandenen Leistenbruch handelt, so dass es der vom Kläger beantragten Beweisaufnahme nicht mehr bedurfte. Was zunächst die in der Rekursschrift enthaltene Darstellung des Hergangs, bei welchem der Bruch ausgetreten sein soll, anbetrifft, so erscheint dieselbe an sich wahrscheinlich und in vollem Umfange glaubwürdig, zumal eine ganze Anzahl bereits erwiesener Umstände für ihre Richtigkeit sprechen. Der Kläger hat bei der Gelegenheit des Fässerstürzens nicht allein, wie es in der Unfallanzeige heisst, einen Stich im Unterleibe bekommen, es ist ihm vielmehr, wie die Zeugen Braugehilfen R. und E. bekundet haben, plötzlich unwohl geworden, und dieses Unwohlwerden hat sich noch mehrmals innerhalb kurzer Zeit wiederholt. Die Beschwerden waren derart erheblich, dass er an demselben Tage nicht mehr weiterarbeitete und bereits nach etwa einer halben Stunde die Hilfe des Kgl. Bezirksarztes Dr. V. in F. aufsuchte, dessen Befund gleichfalls im Wesentlichen für eine plötzliche Entstehung des Bruchleidens spricht, denn die Thatsache, dass der Kläger rechts eine Bruchanlage besitzt, lässt sich allein nicht als entscheidenden Umstand gegen die plötzliche Entstehung des Bruches verwerthen, da die Doppelseitigkeit der Bruchanlage beim Kläger nicht feststeht und alle übrigen vom Arzt vorgefundenen Merkmale für die plötzliche Entstehung des Bruches sprechen. Der Arzt hat eine nicht besonders grosse, empfindliche, gespannte Geschwulst und eine sehr enge Bruchpforte vorgefunden und auf Grund eigener Wahrnehmung die Ueberzeugung erlangt, dass es sich um einen frisch und plötzlich in Folge der bedeutenden Anstrengung entstandenen Leistenbruch gehandelt habe. Bei dieser Sachlage erscheint die Darstellung des Klägers über den mehrerwähnten Vorgang ohne Weiteres glaubwürdig. Es hat sich um eine zwar betriebsübliche, aber doch schwere Arbeit gehandelt und dazu um eine solche, die sich unter besonders ungünstigen Umständen vollzogen hat, indem der Kläger in Folge des Anpralls des oberen Randes des Fasses an die Wand eine ganz ausserordentliche Last zu tragen hatte. Dass es sich um einen allmählich entstandenen und nur bei Gelegenheit der gewöhnlichen Betriebsarbeit ausgetretenen Bruch gehandelt hätte, kann bei der Erheblichkeit der Erscheinungen, die schon festgestellt sind, nicht angenommen werden. Es ist vielmehr unbedenklich, im vorliegenden Falle die gegen die plötzliche Entstehung der Leistenbrüche sprechende Vermuthung als widerlegt zu erachten. Dem Kläger war hiernach eine Unfallrente zu gewähren, denn dass ihn der Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, kann an sich und aus dem Grunde, weil er seinen Beruf als Braugehilfe hat aufgeben müssen, nicht zweifelhaft sein. Das Reichs-Versicherungsamt ist sogar der Ansicht, dass der Kläger, dessen Beruf die häufige Verrichtung besonders schwerer Arbeiten mit sich bringt, in einem höheren Grade, als er bei zu entschädigenden Leistenbrüchen gewöhnlich angenommen wird, in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt wird, und hält eine 15prozentige Unfallrente für angemessen. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Gesundheitsgefahr der Ziegeleien.

Oberverwaltungsgericht, 1. Dezember 1900.

In einer Zeitung in Frankfurt a. M. hatten vor einiger Zeit verschiedene Personen darüber Klage geführt, dass sich am schönsten Theile der Eschersheimer Landstrasse eine Backsteinbrennerei befinde und für die Spaziergänger lästig werde. Unter Hinweis auf eine Polizeiverordnung vom 5. Juli 1899, betreffend die Errichtung lästiger Anlagen in der Stadtgemarkung von Frankfurt a. M. wurde darauf dem Ziegeleibesitzer K. zu E. von der Polizeibehörde vom 1. August 1899 untersagt, Ziegelsteine in Feldbrandziegelöfen auf dem fraglichen Grundstück bei Vermeidung der Bestrafung zu brennen. Der Regierungspräsident wies dann die von K. erhobene Beschwerde zurück und führte aus, die beregte Verfügung stütze sich aus § 1 der Polizeiverordnung vom 5. Juli 1899, die allgemein die Veranstaltung von Feldbränden behufs Herstellung von Ziegelsteinen in den zu den Wohnvierteln bestimmten Theilen der Stadtgemarkung untersage. Die Polizeiverordnung finde ihre Grundlage in dem Gutachten des städtischen Gesundheitsraths, des Kreisphysikus in Frankfurt a. M. und des Regierungs- und Medizinalraths in Wiesbaden. Hiernach müsse als feststehend angesehen werden, dass bei dem Betriebe von Feldziegelöfen sich Gase entwickeln, durch welche die menschliche Gesundheit erheblich geschädigt werden könne; abgesehen von dieser direkten gesundheitsschädlichen Wirkung haben die Gase eine mittelbare Schädigung der Gesundheit insofern im Gefolge, als die Bewohner der unweit des Ziegelofens belegenen und durch die zufällige Windrichtung mehr oder minder in Mitgliedschaft gezogenen Häuser sich gezwungen sehen, ihre Fenster geschlossen zu

lassen und der Möglichkeit beraubt seien, ihre Wohnungen ordnungsmässig zu lüften. Die weitere Beschwerde K.'s wurde auch vom Oberpräsidenten abgewiesen, welcher u. A. erklärte, die Frage der Schadenersatzpflicht sei im vorliegenden Falle nicht zu entscheiden. K. beschritt schliesslich der Weg der Klage gegen den Oberpräsidenten beim Oberverwaltungsgericht und behauptete, derartige Ziegeleibetriebe seien unschädlich, auch liege sein Betrieb so weit von den letzten Gebäuden der Stadt Frankfurt a. M. entfernt, dass eine Belästigung von Personen ausgeschlossen erscheine. Das Oberverwaltungsgericht erachtete aber die Klage für nicht begründet, weil durch den Rauch aus der Ziegelei der Strassenverkehr und diejenigen Personen belästigt würden, welche sich auf dem benachbarten Spielplatz aufhalten. Die polizeiliche Verfügung erscheine demnach gerechtfertigt. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Stolper, Dr. P., Breslau. Guder's Gerichtliche Medizin für Mediziner und Juristen. Leipzig, J. A. Barth. 1900. 339 Seiten. 6,75 M.

Das im vorigen Jahrzehnt von Guder für die Abel'sche Sammlung medizinischer Lehrbücher bearbeitete Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin hat eine Neuauflage durch einen Autor erfahren, der, ohne selbst Gerichtsarzt zu sein, auf dem Gebiete der Verletzungen und Verletzungsfolgen eine bedeutende Erfahrung besitzt, und dem die Chirurgie und die Unfallheilkunde schon manche Bereicherung verdanken.

Die Aufgabe, möglichst viel Wissenswerthes auf knappen Raum zusammen zu drängen, ohne doch dabei in jenen dem Leser auf die Dauer höchst unerquicklichen wissenschaftlichen Telegrammstyl zu verfallen oder vermeidbare fremdsprachliche Kunstausdrücke zu gebrauchen — diese Aufgabe ist mit unverkennbarem Geschick gelöst. Es ist selbst noch Platz für einen Schlussabschnitt von fast 30 Seiten für die staatliche Arbeiterversicherung übrig geblieben, der übrigens zu den bestgelungenen Theilen des Buches gehört.

Hier und da fanden wir bei genauer Durchsicht eine Einzelheit, mit der wir uns nicht ganz einverstanden erklären konnten, z. B. scheint Verfasser bei der Untersuchung auf Samen nicht genügenden Werth auf den Nachweis unverletzter Spermatozoen zu legen. Ferner vermissen wir ganz die Erwähnung des Hungertodes unter den gerichtlich wichtigen Todesarten. Bei der Verbrennung wäre, ungeachtet der Knappheit des Werkes, das Vorkommen von Blutaustritten unter der Hirnschale wohl erwähnenswerth gewesen. Die Eintheilung der Geisteskrankheiten im psychiatrischen Theil scheint uns etwas gezwungen. Bei der Besprechung des Begriffes Geistesschwäche mit Bezug auf die Entmündigung räumt der Verfasser unserer Meinung nach der Geistesschwäche ein zu weites Feld ein.

All dies sind jedoch Einzelheiten, die sich zum Theil leicht korrigiren lassen. Sie treten gegenüber den Vorzügen des Buches zurück, von denen einer noch besonders hervorgehoben werden soll, der grade für den gerichtsärztlich minder geübten Praktiker wichtig ist: die Verfasser warnen immer wieder eindringlich vor Schlüssen auf ungenügender Grundlage, sei es, dass das vorliegende Thatsachenmaterial zur Abgabe eines endgiltigen Gutachtens nicht genügt, sei es, dass der Einzelfall eine spezialistische Untersuchung erfordert, zu welcher der Gutachter vermöge seiner Vorbildung nicht im Stande ist. Das sind Warnungen, gegen welche noch viel gesündigt wird.

Springfeld, Dr., Medizinalassessor beim Kgl. Polizei-Präsidium Berlin. Die Rechte und Pflichten der Drogisten und Geheimmittelhändler. Handhabung der Gesundheitsgesetze in Preussen von Springfeld und Siber. Bd. V. Berlin 1900. Richard Schoetz. 890 Seiten. Preis kart. M. 18,—.

Die Schwierigkeit, sich in dem Labyrinth der Vorschriften über den Arzneiwarenhandel zurechtzufinden, hat im Laufe der Jahrzehnte eine grosse Reihe von erläuternden Schriften entstehen lassen, die je nach dem Stande ihrer Verfasser mehr in den Kreisen der Apotheker oder der Drogisten oder der Medizinalbeamten Verbreitung fanden. Diese z. Th. recht geschickt abgefassten Büchelchen hatten aber alle einen gemeinsamen Nachtheil: konnte man sich auch im Allgemeinen aus ihnen gut orientiren, so liessen sie doch oft bei speziellen Fragen im Stich. Sie waren eben alle nicht ausführlich genug. Auch fehlte ihnen wohl hier und da ein Theil des nothwendigen juristischen Materials, das ja unter Umständen in irgend welchen Akten vergraben, dem Privatmann kaum zugängig war.

Springfeld's Buch ist das erste, welches auf diesem Gebiete als lückenlos gelten kann. Alle Gerichtsentscheidungen, alle Polizeiverordnungen, die sich auf den Drogen- und Geheimmittelhandel beziehen, haben ihm zur Verfügung gestanden und sind von ihm verwerthet bezw. wiedergegeben worden. Das Buch hat dadurch einen sehr erheblichen Umfang gewonnen, und der oberflächliche Beurtheiler meint vielleicht, dass die Folge der ausserordentlichen Ausführlichkeit, des Einstreuens zahlreicher Gerichtsentscheidungen u. s. w. nothwendiger Weise ein Mangel an Uebersichtlichkeit sein müsse. Wir sind dieser Meinung nicht. Mit Hilfe des guten Registers kann man sich bequem zurechtfinden, und wir hatten bereits persönlich Gelegenheit, uns davon zu überzeugen, dass Einzelheiten, über die man in kleinen Kompendien schwerlich massgebliche Auskunft finden würde, aus dem „Springfeld" ohne grosse Mühe zu ermitteln sind. Wir können daher das Buch den betheiligten Kreisen aufs Wärmste empfehlen.

Blattern und Schutzpockenimpfung. Denkschrift zur Beurtheilung des Nutzens des Impfgesetzes vom 8. April 1874 und zur Würdigung der dagegen gerichteten Angriffe. Bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Dritte Auflage. Mit einer Abbildung im Text und 6 Tafeln. Berlin, Verlag von Julius Springer 1900. Preis 1,20 Mark.

Die vorliegende dritte Auflage der Denkschrift „Blattern und Schutzpockenimpfung" hat gegen die vorangegangenen nur insoweit Abänderungen erfahren, als die Fortführung der Statistik und die in der Zwischenzeit ergangenen behördlichen Anordnungen dies nothwendig machten. Dies gilt namentlich von den Beschlüssen des Bundesraths vom 28. Juni 1899, das Impfwesen betreffend, die an die Stelle der früheren Beschlüsse vom 18. Juni 1885 getreten sind.

Die Bedeutung der Denkschrift für die Beurtheilung des Nutzens der Schutzpockenimpfung und die Würdigung der dagegen gerichteten Angriffe ist so allgemein anerkannt, dass auch die gesetzgebenden Körperschaften bei wiederholten gegen das Impfgesetz gerichteten Angriffen sich der Wucht der hier niedergelegten Erfahrungsthatsachen nicht zu entziehen vermochten. Im Interesse der öffentlichen Gesundheit und zur Förderung des Verständnisses für eine ihrer wichtigsten Massregeln kann der Hygieniker nur wünschen, dass die in der Denkschrift niedergelegten Thatsachen immer weiteren Kreisen nahe gebracht werden. Roth-Potsdam.

Schelenz, Hermann. Frauen im Reiche Aeskulaps. Ein Versuch zur Geschichte der Frau in der Medizin und Pharmazie unter Bezugnahme auf die Zukunft der modernen

Aerztinnen und Apothekerinnen. Leipzig, Ernst Günthers Verlag. 1900. Preis M. 1,50.

Der Verfasser scheint rettungslos zu den „ewig Gestrigen" zu gehören, denen — blind, wie sie nun einmal für die herrlichen Errungenschaften der Frauenemancipation sind, — nicht zu helfen ist. Seine Schrift wird in dem Lager unserer streitbaren modernen Damen um so grössere Entrüstung hervorrufen, als ihre Ausführungen nicht auf theoretischen Erörterungen beruhen, denen man mit volltönenden Worten zu Leibe gehen kann, sondern die Wucht geschichtlicher Thatsachen als Waffe in dem Streit gegen die freie Frau führen, wogegen sich bekanntlich schwer ankämpfen lässt. Die interessante Studie, welche ihren Stoff bis aus dem grauesten Alterthum herholt, lässt unseren Blick in manchen Abgrund der Frauenseele tauchen, und wenn man diese Dinge nimmt, wie sie eben von Natur sind, und nicht, wie man gern möchte, dass sie sein sollten, so sind diese gerichtlich beglaubigten Erfahrungen wohl geeignet, auch überzeugte Vertheidiger des freien Wettbewerbes von Mann und Frau stutzig zu machen. Freilich, aufhalten wird der Verfasser die Bewegung nicht, die schon allzusehr ins Rollen gerathen ist; aber uns Allen ist er ein dankenswerther Mahner, dass uns unter der Fülle der gegenwärtigen Ereignisse nicht noch mehr der Sinn für ihre historische Entwickelung abhanden komme. Wieviel Arbeitskraft wird täglich vergeudet, wieviel Fehler aufs Neue gemacht, weil wir geschichtlich erhärtete Thatsachen nicht genügend in Rechnung setzen. Dass Verfasser in seinen Schlussfolgerungen diesen Boden nirgends verlässt, macht die Schrift um so beachtenswerther, schmeichelhaft sind dieselben für die moderne Frau allerdings nicht; aber nach dem Rezept: „die Anwesenden sind ausgeschlossen" sollen sie mehr den Zukünftigen gelten, während Verf. die vornehmen Eigenschaften der augenblicklichen Vorkämpferinnen rückhaltlos anerkennt. Sie bleiben ihm aber immer die Ausnahmen, gegen deren breite Verallgemeinerung er begründeter Furcht einen hoffentlich nicht ganz überhörten Ausdruck verliehen hat. Preis M. 3,—. Marcinowski.

Max Joseph und **Georg Loewenbach.** Dermato-histologische Technik. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1900. Louis Markus, Verlagsbuchhandlung.

Kaum ein Jahr ist seit dem ersten Erscheinen des Buches verflossen und schon ist die zweite vermehrte und verbesserte Auflage erschienen — dies wohl der beste Beweis, dass das Buch nicht nur einem vorhandenen Bedürfniss entsprach, sondern dass es auch diese Lücke in zweckentsprechender Weise ausgefüllt hat. Und in der That haben die Verfasser es vortrefflich verstanden, eine praktische, auf kritischer Auswahl vieler von ihnen persönlich geprüfter Methoden basirende Anleitung zu histologischen Arbeiten sowohl für weniger Geübte, als auch für Fortgeschrittnere zu liefern und dadurch dem mikroskopisch forschenden Dermatologen das gesammte Rüstzeug der dermato-histologischen Technik an die Hand zu geben. Mit diesen Vorzügen ausgestattet wird das Werk schnell zu seinen zahlreichen, bisherigen Freunden sich neue erwerben und bald in der Hand keines wissenschaftlich arbeitenden Dermatologen vermisst werden. Geb. M. 3,—. Ledermann.

Jess, Dr. Paul. Kompendium der Bakteriologie und Blutserumtherapie für Thierärzte und Studirende. Berlin 1901. Richard Schoetz. 98 S.

Auf keinem Gebiete wird die ärztliche und die thierärztliche Wissenschaft so eng und unauflösbar in ihrer ganzen Entwicklung und Anwendung verbunden als auf dem der Bakteriologie. Das tritt so recht deutlich dem Leser des vorliegenden kleinen Buches vor Augen: Eigentlich für Thierärzte geschrieben, enthält es doch nur wenig, was nicht auch für den Menschen-Arzt Interesse hätte, nur wenig fehlt darin, was die Bakteriologie menschlicher Krankheiten betrifft Da es im übrigen für den Arbeiter auf dem Gebiete der Bakteriologie und auf dessen Nachbargebieten ein trefflicher, mit glücklicher Mischung von Knappheit und Reichhaltigkeit geschaffener Ratgeber ist, können wir es der Aufmerksamkeit der Collegen aufrichtig empfehlen.

Tagesgeschichte.

Die Wiederbeschäftigung Unfallverletzter.

In den Kreisen der Industriellen, aber auch in denen der Aerzte hört man oft darüber reden, dass das Unfallversicherungsgesetz unter den Unfallverletzten eine gesteigerte Begehrlichkeit, einen verminderten Antrieb zur Selbsthilfe geschaffen habe. Diese Umstände allein seien an der auffallenden Vermehrung der Erwerbsbeeinträchtigungen durch Unfälle gegen früher, insbesondere auch an dem Auftreten der zahlreichen Fälle von Unfallnervenschwäche, -hysterie und -hypochondrie schuld. Früher hätten die Leute, wenn sie nicht gar zu sehr verkrüppelt worden wären, eben wieder angefangen zu arbeiten und es nach und nach gelernt, ihre Unfallfolgen auszugleichen.

Es ist gut, wenn die Sachlage einmal auch von einer anderen Seite beleuchtet wird, und hierzu kann der Verlauf einer Sitzung dienen, welche der Verein für Unfallverletzte in Berlin vor einigen Tagen abgehalten hat. Dieser Verein, dem Industrielle, Verwaltungsbeamte, Vertrauensärzte von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten u. s. w., im Ganzen bisher 288 Personen, angehören, hat sich bekanntlich u. A. die Aufgabe gestellt, Unfallverletzten beim Aufsuchen von Arbeitsgelegenheit behilflich zu sein. Bei der Erfüllung dieser Aufgabe hat er im ersten Jahre seines Bestehens einen traurigen Misserfolg erlitten. Lassen wir die Zahlen sprechen:

Durch Bemühungen des Vereins, Unfallverletzte bei ihren bisherigen Arbeitgebern wieder unterzubringen, gelang es bisher einem Bewerber Beschäftigung zu verschaffen. Ferner wurde ein Flugblatt in 900 Exemplaren an die Leiter grosser industrieller Unternehmungen versandt, worin sie ersucht wurden, das Vorhandensein leichter, für Verletzte geeigneter Arbeit gegebenen Falls dem Bureau des Vereins mitzutheilen. Es antworteten 18 Firmen, darunter 13 zustimmend. Und von diesen 13 gaben 2 bestimmte Stellen an, in die sie bereit waren, Unfallverletzte einzustellen. Ein weiterer Versuch wurde in der Erwägung angestellt, dass vielleicht bestimmte Fabrikationszweige besonders geeignet zur Unterbringung vermindert erwerbsfähiger Personen sein würden. Es wurden 218 Fabrikanten des gleichen Gewerbszweiges um Beschäftigung Arbeitsuchender angegangen, eine Antwort ging jedoch überhaupt nicht ein. So konnten also von 218 Arbeitsuchenden nur 6 untergebracht werden.

Mit tiefem Bedauern müssen Alle, denen die Arbeiterwohlfahrt und der Ausgleich der bei der Ausführung des Unfallgesetzes obwaltenden Schwierigkeiten am Herzen liegt, diese Mittheilungen vernehmen. Frei von aller Tendenz ist hier gewissermassen unfreiwillig der Beweis geführt worden, dass keineswegs blos die Arbeiter, sondern auch die Verhältnisse des Arbeitsmarkts und zum Theil sicher auch die Haltung der Arbeitgeber die segensreiche Wirkung der Gesetze erschweren. Wir verkennen ja garnicht, dass zahlreiche Arbeitgeber die in ihren eigenen Betrieben verunglückten Arbeiter nach Möglichkeit wieder beschäftigen. Viele Andere haben sicherlich für einen Erwerbsverminderten keine passende Arbeit. Manche sagen sich wohl auch, dass es vortheilhafter ist, zu jeder Arbeit Vollgesunde zu nehmen, vielleicht Jugendliche oder Frauen, die

ja in grosser Zahl zur Verfügung stehen. Aber all diese Erwägungen helfen uns nicht über die Annahme eines gewissen Indifferentismus hinweg, der manche industrielle Kreise gegenüber der Arbeiterfürsorge beherrscht.

Der Verein für Unfallverletzte wird seine Bemühungen in derselben Richtung wie bisher unentwegt fortsetzen. Wir Aerzte zweifeln nicht daran, dass, wenn die Industriellen die Wiedereinstellung Erwerbsverminderter als eine Art Ehrenpflicht betrachten werden, wie dies Einzelne jetzt schon thun, nicht nur die Arbeiter sondern auch die Berufsgenossenschaften und somit die Arbeitgeber besser fahren werden, als bisher.

Eine Unfallstatistik für die Land- und Forstwirthschaft soll im Jahre 1901 erhoben werden, nachdem seit zehn Jahren eine derartige Statistik nicht aufgenommen worden ist. Die Wiederholung der Statistik nach dem Ablaufe eines zehnjährigen Zeitraums erscheint um so mehr geboten, als in dem neuen Unfallversicherungsgesetze auf die Unfallverhütung und die Ueberwachung der Betriebe grösserer Nachdruck gelegt ist, die erforderlichen Massnahmen aber zur Voraussetzung haben, dass die Unfallhäufigkeit nach Art und Ursache der Unfälle thunlichst aufgeklärt wird. Zur Durchführung der Erhebung sollen Zählkarten ausgefüllt werden für jeden Verletzten, für den eine Unfallentschädigung im Jahre 1901 zum ersten Male festgestellt worden ist. Die Zählkarten werden vierteljährlich von den Berufsgenossenschaften dem Reichsversicherungsamte eingereicht und dort bearbeitet, wobei auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit der 1891er Statistik und mit der 1897 aufgenommenen Gewerbeunfallstatistik thunlichst Bedacht genommen werden soll. Die Kosten der Erhebung werden vermuthlich 57 000 Mark betragen, wovon als erste Rate 20 000 Mark in den Etatsentwurf für 1901 eingestellt worden sind.

(Voss. Ztg.)

Die Invaliditäts- und Altersversicherung im Reichshaushalts-Etat.

Die Erweiterung, welche der Reichs-Zuschuss zur Invaliden- und Altersversicherung im Reichshaushalts-Etat für 1901 erfahren hat, ist aussergewöhnlich gross ausgefallen, weil durch das am 1. Januar 1900 in Kraft getretene neue Invalidenversicherungsgesetz die Zahl der Rentenansprüche sich gegen früher recht stark gehoben hat. Während im Jahre 1899 in jedem Vierteljahre rund 24 000 Invalidenrenten und 4300 Altersrenten bewilligt wurden, belief sich deren Zahl im ersten Vierteljahre 1900 auf rund 30 000 und auf 6300. Man rechnet für das Jahr jetzt auf einen Zugang von 130 000 Invaliden- und Altersrenten, während 1899 nur rund 114 000 Renten bewilligt wurden. Deshalb ist der Reichszuschuss um 4,4 Millionen Mark gegen das laufende Jahr erhöht und mit 34,1 Millionen Mark im Etat zum Ansatz gebracht. Dies ist aber nicht die einzige Summe, welche das Reich für die Arbeiterversicherung aufbringt. Zunächst kommt dabei noch die Ausgabe in Betracht, welche die höchste Instanz in Arbeiterversicherungssachen, das Reichs-Versicherungsamt, verursacht. Sie ist für 1901 auf 1,8 Millionen Mark veranschlagt. Ferner hat das Reich als Arbeitgeber unmittelbar Beiträge für die Versicherung der in seinen Betrieben beschäftigten Arbeiter zu zahlen. Hier kommen hauptsächlich die Militär- und die Marineverwaltung in Betracht. Bei der ersteren sind die entsprechenden Summen im Etat für 1901 mit rund 900 000 und bei der letzteren mit rund 600 000 Mark zum Ansatz gelangt. Dazu kommen noch die Ausgaben kleinerer Betriebsverwaltungen, wie die Reichsdruckerei u. s. w. Jedenfalls hat sich auch diese Ausgabe mit der Zeit erheblich gesteigert. Sie wird für 1901 bereits die Summe von $1^1/_2$ Millionen Mark übersteigen. Diesen Summen gemäss berechnet sich die Gesammtausgabe des Reichs für Arbeiterversicherungszwecke im nächsten Etatsjahr auf mindestens $37^1/_2$ Millionen Mark. (D. Arb.-Ztg.)

Anstaltskuren für Trinker auf Kosten der Invalidenversicherung.

Offiziös wird darauf hingewiesen, dass die Landesversicherungsanstalten berechtigt und geneigt sind, Trinkern die Kosten für eine Anstaltskur zu bewilligen, wenn Aussicht vorhanden ist, dass durch eine solche dem „Eintritt der Invalidität vorgebeugt werden kann. Dem Antrag ist ein ärztliches Zeugniss über die Heilungsaussicht beizugeben, ausserdem aber das schriftliche Erbieten einer geachteten Persönlichkeit bezw. eines Mässigkeits- oder Enthaltsamkeitsvereins, die dem „geheilt“ Entlassenen zur Pflicht zu machende lebenslängliche Abstinenz auf Jahre hinaus zu überwachen. Die Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein hat bereits in einer Anzahl von Fällen die Aufnahme von Trinkern in die Anstalt Salem veranlasst.

Gesetzlicher Schutz der Arbeiterinnen.

Im Reichstage ist seitens der sozialdemokratischen Fraktion ein Antrag auf Abänderung der Bestimmungen zum Schutz weiblicher Arbeiter eingebracht worden, welcher zum Theil die rein ärztliche Seite der Arbeiterinnenfrage zum Gegenstande hat. Es sollen Arbeiterinnen nicht beschäftigt werden:

1. Bei solchen Arbeiten, die besonders dem weiblichen Organismus schädlich sind,
2. während der ersten 6 Wochen nach einer Fehlgeburt oder Niederkunft; wenn das Kind lebt, während der ersten 8 Wochen, wenn der Arzt schriftlich die Nothwendigkeit längerer Schonung bescheinigt, noch länger. (Für die ganze Zeit ihres Fernbleibens sollen sie aus einer Krankenkasse täglich mindestens den Betrag ihres Tagelohns erhalten.)
3. Während der Nachtzeit, 7 Uhr Abends bis 6 Uhr Morgens, an Sonn- und Feiertagen und an den vorhergehenden Nachmittagen,
4. länger als 10 Stunden täglich.

Zu 3. ist noch hinzugefügt, dass schwangere Arbeiterinnen berechtigt sein sollen, ohne Einhaltung der Kündigungsfrist vier Wochen vor ihrer zu erwartenden Niederkunft, auf ärztliches Erfordern noch früher die Arbeit einzustellen und dass sie in gleicher Weise wie die Entbundenen entschädigt werden sollen.

Die Pocken in Warschau.

Nach amtlicher Meldung sind in Warschau vom 30. September bis 10. November 149 Pockentodesfälle vorgekommen. Die Todesfälle beim Militär sind dabei noch nicht mitgerechnet. Gegen das Vorjahr ist eine Steigerung der Pockensterblichkeit von 3,4 auf 25 zu verzeichnen. Der Uebelstand wird, den Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamts zu Folge, noch durch einen grossen Mangel an Krankenhausbetten, besonders für ansteckende Krankheiten verschlimmert. Die Polizei fordert durch Strassenplakate die Einwohner auf, sich impfen zu lassen, von den Zöglingen öffentlicher Lehranstalten werden Impfscheine verlangt.

So ganz zufällig, wie die Impfgegner meinen, scheint es doch nicht zu sein, dass gerade Deutschland fast pockenfrei ist.

An unsere Leser.

Wir bringen mit der heutigen letzten Nummer dieses Jahrganges ein ausführliches Inhaltsregister desselben, aus welchem die Leser der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung sich über einschlägige Fragen der ärztlichen Begutachtung nach Bedarf orientiren können.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.